



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

نحو تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي
في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة

نايفة فهمي إبراهيم أبو الهوس

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1433هـ / 2012م

نحو تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي
في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة

إعداد

نايفة فهمي إبراهيم أبو الهوس
بكالوريوس علم نفس / جامعة النجاح الوطنية (نابلس)

إشراف: أ. د. طارق الحاج

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير
في بناء المؤسسات وتنمية الموارد البشرية - برنامج التنمية المستدامة
معهد التنمية / جامعة القدس

1433هـ / 2012م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج بناء مؤسسات وتنمية موارد بشرية

إجازة الرسالة

نحو تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال
الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة

اسم الطالبة: نايفة فهمي إبراهيم أبو الهوس
الرقم الجامعي: 20910128

نوقشت الرسالة وأجيزت بتاريخ 2012/6/2م من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة
أسمائهم وتواقيعهم

1. رئيس اللجنة: الاستاذ الدكتور طارق الحاج
التوقيع
2. ممتحنا داخليا: الدكتورة أسمي الإمام
التوقيع
3. ممتحنا خارجيا: الدكتور مجيد منصور
التوقيع

القدس - فلسطين

1433هـ / 2012م

الإهداء

إلى روح جدي وجدتي..... رحمهما الله.

إلى من أحمل اسمه بكل فخروالدي العزيز.

إلى من كان دعاؤها سر نجاحيأمي الحبيبة .

إلى القنديل الذي ينير حياتي ويمدني بالقوة والمحبة..... زوجي الغالي.

إلى الوجوه المفعمة بالبراءة والحنان أبنائيقيس، زين وميس.

إلى من أمدوني بالدعاء والقوة عمتي وأعمامي وزوجاتهم وأبنائهم، شقيقاتي

وأشقائي.

إلى أساتذتي وزملائي وكل من قدم لي يد العون لإتمام هذه الرسالة.

سائلة المولى عز وجل أن ينفع به ويجعله خالصا لوجهه تعالى.

أهدي هذا العمل المتواضع

نايفة أبو الهوس

إقرار

أقر أنا معد الرسالة بأنها قدمت لجامعة القدس؛ لنيل درجة الماجستير، وإنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الدراسة، أو أي جزء منها لم يقدم لنيل درجة عليا لأية جامعة أو معهد آخر.

التوقيع:

الاسم: نايفة فهمي إبراهيم أبو الهوس

الشكر والعرفان

الحمد لله حمدا كثيرا، وأشكره على نعمه علي، ومنها نعمة العلم وإكمال هذه الرسالة التي أرجو أن تكون فيها الفائدة.

كما أشكر جميع من ساعدني ووقف إلى جانبي، اقتداء بقول الرسول-- صلى الله عليه وسلم- "من لا يشكر الناس لا يشكر الله" وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور طارق الحاج، الذي تكرم بالإشراف على هذه الرسالة، وكان له الفضل الكبير بتوجيهاته وإرشاداته وملاحظاته في إتمامها.

والشكر الجزيل إلى أسرة جامعة القدس وبرنامج التنمية الريفية المستدامة مديرا وإداريين، والشكر لأعضاء لجنة المناقشة الدكتورة أسمى الإمام والدكتور مجيد منصور.

والشكر لطواقم القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، ممثلة في إداريتها والعاملين في هذا القطاع الشامخ كافة؛ لما قدموه لي من تسهيل لمهمتي في إجراءات الدراسة الميدانية، وما أمدوني به من البيانات والمعلومات التي ساعدتني في إتمام إجراءات هذه الرسالة، وفقهم الله وجعله في ميزان حسناتهم.

كما أتقدم بالشكر إلى السادة المحكمين لأداة الرسالة، فجزاهم الله عني خير الجزاء لما بذلوه من جهد في الاطلاع على أداة الرسالة وتدقيقها.

كما لايفوتني أن أتقدم بالشكر إلى أختي وزميلتي ختام سحولي التي قدمت لي يد العون في طباعة الرسالة فبارك الله فيها وجزاها عني خير الجزاء .

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل من قدم الدعم لي بكافة صورته وإشكاله، وهون علي في إنجاز الرسالة وإخراجها بصورتها النهائية .

الباحثة

نايفة أبو الهوس

مصطلحات الدراسة

التطوير: هو التغيير المخطط وذلك بهدف تحويل المنظمة من منظمة فعالة إلى منظمة أكثر فاعلية، والتغيير هو التغيير المدروس وليس هدفاً في حد ذاته وإنما هو أداة وأسلوب لتحقيق الهدف، فالتغيير ليس لمجرد التغيير. (عامر وقنديل، 2010)

الأداء: هو إتمام الموظف للمهام التي تم تحديدها له، كما أنه الاستعداد للعمل والنتيجة المترتبة عليه. (ذياب، 2009)

تطوير الأداء: هو ابتكار وإدخال مستويات جديدة وعالية من الأداء لم تكن موجودة من قبل؛ وذلك من أجل إرضاء العملاء والتفوق على المنافسين ومواكبة التطورات التقنية والتسويقية. (السلمي، 2008)

الإدارة: تشمل الإدارة جميع الواجبات والوظائف ذات العلاقة بإنشاء المشروع وتمويله وسياساته الرئيسية، وتوفير كل المعدات اللازمة ووضع الإطار التنظيمي العام الذي سيعمل ضمنه واختيار موظفيه الرئيسيين. (سالم وآخرون، 1992)

المعرفة: هي العلم بالأشياء ومضامينها وتفسير الظواهر كما أشار (نوكانا و تاكيموكي) إلى أن الأصول غير الملموسة كالقيم والصورة الذهنية للمنظمة، الحدس، الاستعارات، ونفاذ البصيرة، تشكل أهم الأصول التي ينبغي الاعتناء والاهتمام بها لأنها تشكل قيمة مضافة للعمليات اليومية التي تقوم بها المنظمة. (نور الدين، 2010)

إدارة المعرفة: هي مجموعة من العمليات التي تهدف إلى تحويل الموارد الفكرية إلى قيم ملموسة وذلك بالتركيز على الموجودات غير ملموسة بالدرجة الأولى. (البغدادى والعبادي، 2010)

القطاع الصحي الخاص والأهلي: المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة والأهلية التي تعالج المرضى الموجودة في محافظات شمال الضفة الغربية (نابلس، وجنين، وطولكرم، وقلقيلية، وطوباس، وسلفيت). (تعريف إجرائي) محافظات شمال الضفة الغربية: نابلس، جنين، طولكرم، قلقيلية، طوباس، سلفيت

الملخص

هدفت الدراسة التعرف إلى عملية تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، من منظور إدارة المعرفة، كما هدفت أيضاً إلى تحديد أثر كل من متغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي والمسمى الوظيفي وسنوات الخبرة والدورات التدريبية والمهنة على واقع إدارة المعرفة، وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.

ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتطوير استبانة لقياس إدارة المعرفة وتطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي، وتكونت الاستبانة من ثلاثة أجزاء، تضمن الجزء الأول بيانات أولية عن المبحوثين تمثلت في الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والدورات التدريبية، والمهنة، أما الجزء الثاني فتكون من (65) فقرة تقيس واقع إدارة المعرفة، وتطوير الأداء في مجالات (تشخيص المعرفة، واكتسابها، وتوليدها، وخبزها، وتوزيعها، وتطبيقها، وسرعة الأداء، وحجمه، وجودته، ودقته). أما الجزء الثالث فهو سؤال مفتوح الإجابة عن مقترحات تطوير أداء العاملين من منظور إدارة المعرفة. ووُزعت الاستبانة على عينة طبقية عشوائية من مجتمع الدراسة بلغ حجمها (267) موظفاً في القطاع الصحي الخاص. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS.

أظهرت النتائج إلى أن الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة جاءت بدرجة متوسطة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، كما إنّ الدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين جاءت بدرجة مرتفعة، ووجود علاقة إيجابية دالة بين تطوير أداء العاملين وبين مجالات إدارة المعرفة (عملية تشخيص المعرفة وتخزينها وتوزيعها).

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغيرات الجنس، والعمر، والمسمى الوظيفي، والدورات التدريبية، ومن حيث واقع إدارة المعرفة تعزى للمؤهل العلمي وسنوات الخبرة والمهنة.

أما بالنسبة لأداء العاملين وجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية تعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولصالح البكالوريوس، ووجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخبرة ولصالح أكثر من 15 سنة، وفروق تعزى لمتغير المهنة ولصالح نائب المدير.

تناولت مقترحات العاملين لتطوير الأداء من منظور إدارة المعرفة جوانب متنوعة، منها تنظيم العمل على برمجيات الحاسوب، وإجراء الدورات التعليمية، للوقوف على آخر المستجدات والمعارف في مجالات العمل بالقطاع الصحي المختلف، وزيادة الدورات والتدريبات للكوادر الصحية؛ لتطوير آلية رفع الأداء للكوادر الطبية المختلفة في جميع المجالات.

وبناء على نتائج الدراسة، فقد أوصت الباحثة بالاهتمام بشكل أكبر في إدارة المعرفة، وخاصة من الإدارة العليا داخل القطاع الصحي الخاص والأهلي، والعمل على تخصيص قسم خاص بإدارة المعرفة ضمن الهيكلية التنظيمية للمؤسسة، وبشكل رسمي مما يساعد على الاهتمام بشكل أكبر بعمليات إدارة المعرفة، وتوفير وسائل لحفظ المعرفة واستدعائها بسهولة والعمل، على تدريب الموظفين من أجل حفظ المعرفة وسهولة استدعائها مرة أخرى.

Towards the performance' development of private and community health sector employees in northern West Bank provinces from the perspective of knowledge management.

Student: Nayfeh Abu ALhous

Supervision: prof Dr .tariq AL-Hajj

Abstract

The study aimed to identify the process of the performance development of the staff of the private and community health sector in the northern West Bank from the perspective of knowledge management, it also aimed to determine the impact of each of the variables of gender, age, educational qualification, job title and years of experience, training courses and the profession on the reality of knowledge management and the performance development of employees in the private and community health sector in the northern provinces of the West Bank.

To achieve the objectives of the study, the researcher developed a questionnaire to measure knowledge management and the performance development of the staff of the private and community health sector. It was formed of three parts, the first one included preliminary data from the respondents as the gender, age, academic qualification, job title, years of experience, training courses, and occupation.

The second part consisted of (65) items which aimed to measure the reality of knowledge management and performance development in the areas of (diagnosis, acquisition, generation, storage, distribution and application of knowledge, speed, size, quality and accuracy of performance). The third part is an open question to respond to proposals for the development of the performance of employees from the perspective of knowledge management. The questionnaire was distributed to a stratified random sample of the study population with size of (267) employees in the private and community health sector. For data analysis, the statistical package of social science "SPSS" was used.

The total score of the reality of knowledge management had a high degree in the private and community health sector in the provinces of the northern West Bank. The total score of the reality of the development of the performance of

employees was very high. The existence of a positive relationship between the development of performance of employees and the areas of knowledge management (knowledge diagnosis, storage and distribution).

There is no statistically significant differences in the means of respondents answers in terms of the reality of knowledge management and development of the performance of employees in the private health sector and community in the northern West Bank due to the variables of gender, age, job title and training courses. Also there is no statistically significant differences in their responses in terms of the reality of knowledge management in the private and community health sector in the provinces of North West Bank to the variables of academic qualification and years of experience and profession.

The existence of statistically significant differences in the means of answers of respondents in terms of the performance development of employees in the private and community health sector in the northern West Bank due to the variable of academic qualification and for bachelor's, and the existence of differences attributable to the variable of years of experience and for more than 15 years, and the differences attributed to the profession and in favor of Deputy the Director.

The employees' proposals to enhance the performance from the perspective of knowledge management had various aspects as organizing the work on all software in all divisions, conducting courses for standing on the latest developments and knowledge in the areas of health sector and increase the different courses and training for health personnel to develop a mechanism for lifting the performance of the various medical cadres in all fields.

In light of the study' results of the study, the researcher recommends recommendations as paying more attention to knowledge management, especially from senior management within the private and community health sector, working on a special section of the allocation of knowledge management within the organizational structure of the institution officially, which helps to pay more attention to knowledge management operations and providing the means to save the knowledge and summoned easily and work on staff training in order to save the knowledge and the ease of being called again.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 المقدمة

تقوم العملية الإدارية على مجموعة من الخصائص والعناصر والوظائف المتشابكة والمتربطة مع بعضها البعض؛ لتكوّن معاً ما يسمى بالعملية الإدارية، فأبي مشروع أو منظمة إنما يكون على رأس كيانه عملية هامة هي العملية الإدارية، التي تدور كما تدور العجلة وتضم مجموعة من العناصر والوظائف؛ وهي التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، فهي عملية شاملة وعامة. (الطاهر، 2010)

وقد أدى التقدم الصناعي الهائل -الذي حصل بعد ظهور الثورة الصناعية في أوروبا وامتدادها إلى أجزاء كبيرة من العالم- إلى تطور الإدارة وظهور مدارس فكرية في الإدارة، سواء إدارة صناعية أو إدارة إنتاج أو إدارة الموارد البشرية، ومع تطور الإدارة وتطور المنشآت وكبر حجمها وازدياد العاملين، وتتنوع مجالات الإنتاج والحاجة إلى تحقيق أهداف الإدارة وأصحاب العمل والمستثمرين في تحقيق الربح، وظهور الأسواق والتنافس الشديد بين المنشآت، ظهرت ثورة جديدة زودت الإدارة بالبيانات والإحصاءات والمعلومات وهي ما أطلق عليه بثورة المعلومات (نور الدين، 2010)، إذ يُعدُّ مجتمع المعلومات نظاماً اقتصادياً واجتماعياً، وتُشكّل المعرفة والمعلومات مصدراً أساسياً فيه، الأمر الذي دفع البعض إلى تقسيم العالم -على أساس المعرفة- إلى مجتمع المعرفة ومبتكرها، ومجتمع مستهلك لهذا المنتج المعرفي (أوراق ملتقى الاستثمار في بنية المعلومات والمعرفة، 2006).

وتتجه المنظمات الحديثة التي تسعى إلى الاستمرار والديمومة في البيئة العالمية، التي تتسم بالتنافسية والتغيير السريع، إلى تهيئة مزايا تنافسية ليكون بمقدورها الدخول في عالم المنافسة والتغيير السريع ولتأخذ فرصتها في السوق، ولم يعد ذلك قاصراً على القطاع الخاص، بل شملت المؤسسات الحكومية حيث دخلت في عملية المنافسة في السوق (الصريرة، 2010).

ويشهد القرن الحادي والعشرين توالي الأحداث والتغيرات العالمية بشكل درامي يصعب معه استيعاب تلك التغيرات أو فهمها أو حتى التعامل معها بشكل واقعي، فضلاً عن محاولة السيطرة عليها، ولقد ساعد على زيادة حدة تلك التغيرات مجموعة من الأحداث العالمية المتلاحقة كالانهيار الذاتي للكتلة الشرقية، وظهور ما يسمى بالنظام العالمي الجديد، والبدء في تطبيق العديد من السياسات الاقتصادية المبنية على افتراضات آليات السوق، بالإضافة إلى نمو العديد من التكتلات الاقتصادية العالمية، وأهم التغيرات التي تشهدها البيئة الخارجية في الوقت الحالي هي التحول من عصر الصناعة إلى عصر المعرفة، مما أفرز تحديات تطلبت من المنظمات والمؤسسات تبني سياسات إدارية حديثة. (زايد، 2003)

ولعلّ إدارة المعرفة أبرز تلك السياسات والتوجهات؛ لما لها من أثر في تأهيل وتعليم القوى العاملة، وبناء القاعدة المعرفية لدى المنظمات، وكذلك توجيه المنظمات نحو تجميع المعرفة، ونشرها على المستويات الإدارية فيها كافة، وتطوير سعيها نحو الاستثمار في امتلاك معرفة جديدة، وتوظيف المعرفة التي تمتلكها بأقصى ما يمكن من الكفاءة والفاعلية، وصولاً إلى مرحلة التميز من خلال تعزيز ما يسمى بالممارسة الأفضل. (حجازي، 2004).

فإدارة المعرفة تكتسب أهمية متزايدة في ظل التحديات الكبيرة التي تواجهها المنظمات، وتزداد هذه الأهمية في ظل تزايد أهمية الأهداف المعرفية التي تركز إدارة المعرفة على تحقيقها؛ بما يقود إلى تعزيز مستويات الإنتاجية والكفاءة والفاعلية في المنظمات. (عليان، 2009).

ويُعد ربط إدارة المعرفة بال أداء من الموضوعات الحديثة والحيوية والمثيرة للبحث، إذ ظهرت محاولات جادة لقياسها وتطبيقها في ظل التغيرات والتقلبات البيئية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السريعة، على المستويين المحلي والعالمي، وانعكاس كل ذلك على مستويات الأداء في منظمات الأعمال الذي يمثل الحد الفاصل بين النجاح أو الإخفاق لها، فعلى أساس الأداء تُبنى عملية وضع القرارات المهمة واتخاذها من تحديد اتجاهات سير نشاط المنظمة، وتحديد مدى الاقتراب أو الابتعاد

عن تحقيق الأهداف، وتنفيذ الخطط والبرامج والرشد في استخدام الموارد ومستوى كفاءة المنظمة وفعاليتها. (الفارس، 2007).

وبناء على ما تقدم، فقد ارتأت الباحثة دراسة العلاقة بين إدارة المعرفة وتطوير الأداء في مؤسسات خدمية، مثل المؤسسات الصحية؛ لما قد يكون لتلك العلاقة من أثر على جودة العمل والرقى بمستوى الخدمات المقدمة للمواطنين، علاوة عن النمو المهني والتحسين الذاتي للعاملين.

2.1 مشكلة الدراسة

تسعى الكثير من المنظمات لتطوير وتغيير أدائها و أداء موظفيها، إذ بدأت الكثير من المنظمات بتطوير الموارد البشرية لتحقيق أهدافها وغاياتها، فالعنصر البشري هو أحد أهم المحاور الأساسية لتميز الأداء المؤسسي.

وبالتالي الاهتمام بالعنصر البشري باعتباره رأس مال أساسي داخل المؤسسة، ينعكس إيجاباً على الاداء، ونمو المؤسسة وتطورها، بعد أن كان الاهتمام الأكبر بالآلات، فجاء دور المعرفة ورأس المال الفكري كمحرك أساسي للتطوير.

ولذا فقد تمثلت مشكلة الدراسة بالسؤال الآتي :

كيف يمكن تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة؟

3.1 مبررات الدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى المبررات الآتية :

- 1- الاهتمام بموضوع إدارة المعرفة في الدول العربية، وتوجه بعض المستشفيات إلى استحداث وحدة لتطبيق إدارة المعرفة، مثل مستشفيات القطاع الصحي الخاص في الأردن.
- 2- الإفادة المتوقعة من هذه الدراسة بالنسبة للباحثة، كونها تعمل في القطاع الصحي العام، والعمل على تطوير أداء الموظفين في القطاع الصحي الخاص والأهلي من خلال إدارة المعرفة.
- 3- رقد المكتبات الفلسطينية بهذه الدراسة، وذلك لقلّة الدراسات المنشورة، حسب علم الباحثة.

4.1 أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة من خلال النقاط الآتية:

أولاً: الأهمية العلمية:

- تعد هذه الدراسة إضافة علمية جديدة في القطاع الصحي الخاص بشكل خاص، والمؤسسات الأخرى بشكل عام، حسب علم الباحثة.
- ندرة الدراسات التي تناولت الموضوع في حدود علم الباحثة.
- إمكانية تطوير العمل المؤسسي من خلال منهجية علمية ذات بُعد تطبيقي.

ثانياً: الأهمية العملية التطبيقية:

- إن إدارة المعرفة موضوع إداري حديث، وبما أنّ الواقع الفلسطيني بحاجة إلى تطوير إداري في كافة قطاعاته، وخاصة القطاع الصحي الذي يمثل مركزاً حيويًا وحساساً في فلسطين، فإن الدراسة تسعى إلى المساهمة في تطوير أداء الموظفين في القطاع الصحي الخاص من منظور إدارة المعرفة.
- أهمية إدارة المعرفة كموضوع جديد في تنمية الموارد البشرية الملموسة وغير الملموسة، الذي قد يعكس أثره على أداء العاملين.
- يعدّ موضوع إدارة المعرفة وعملياتها وآثارها المتوقعة في تحقيق أداء أفضل على المدى البعيد من المواضيع التي يسعى الباحثون إلى دراستها، من أجل وضع خطط تساعد إدارة المؤسسات على تطوير أداء موظفيها من خلال تطبيق عمليات إدارة المعرفة.

5.1 أهداف الدراسة

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية :

الأهداف الرئيسية للدراسة:

- التعرف على واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.
- التعرف على واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.

-توضيح أثر إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.

الأهداف الفرعية:

- 1- التعرف إلى إمكانية تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة.
- 2- تحديد علاقة كل من متغيرات الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والدورات التدريبية، والمهنة على واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات الضفة الغربية.

6.1 أسئلة الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة على الأسئلة الرئيسة الآتية:

1- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟
ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية الآتية:

- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة؟

2- ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟

ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية الآتية :

- ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء؟
- ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الأداء ؟

- ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الأداء ؟
- ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الأداء ؟
- 3- ما تأثير إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟

7.1 فرضيات الدراسة

تسعى الدراسة إلى اختبار الفرضيات الآتية:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الجنس.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير العمر.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المؤهل العلمي.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير سنوات الخبرة.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الدورات التدريبية.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المهنة.

8.1 حدود الدراسة

تشمل حدود الدراسة ما يلي:

الحدود المكانية: محافظات شمال الضفة الغربية. (نابلس، جنين، طولكرم، قلقيلية، طوباس، سلفيت)

الحدود الزمانية: طبقت الدراسة في العام الدراسي الجامعي 2011-2012.

الحدود البشرية: موظفو القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من حملة الدبلوم المتوسط فما دون إلى حملة الدكتوراه.

9.1 محددات الدراسة

تمثلت المحددات بتحديد الدراسة نحو تطوير الأداء لموظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

من خلال الاطلاع على الأدب النظري بالرجوع إلى الكتب والدراسات من المكتبات الفلسطينية والعربية، والدراسات المنشورة عبر شبكة الانترنت، تم العمل على صياغة وتطوير الإطار النظري المتعلق بالبحث والاستبانة.

واشتمل هذا الفصل على أربعة مباحث؛ المبحث الاول تناول الأدب النظري المتعلق بإدارة المعرفة، وعالج المبحث الثاني الأدب النظري المتعلق بالقطاع الصحي الخاص والأهلي، أما المبحث الثالث فتطرّق إلى الإطار النظري المتعلق بالأداء، وتناول المبحث الرابع مجموعة من الدراسات السابقة ذات العلاقة بإدارة المعرفة وتطوير الأداء.

1.2 المبحث الاول: إدارة المعرفة

2.2 ماهية المعرفة وإدارتها

حثّ الاسلام على طلب العلم، حيث نزلت أول سورة في القرآن الكريم على نبينا محمد (صلى الله عليه وسلم) (اقرأ باسم ربك الذي خلق، خلق الانسان من علق، اقرأ وربك الاكرم الذي علم بالقلم، علم الانسان ما لم يعلم) سورة العلق الايات (1-5).

فمنذ ذلك الوقت اهتّم العرب المسلمون بالمعرفة، وبرعوا في نقل معارف الحضارات الأخرى في محاولة جادة لاختصاصها للتجربة والبرهان، فكان للعرب اسهاماتهم الجادة في توليد المعرفة الجديدة عندما اعتبروا العلم معرفة نظرية تستهدف أغراضا علمية تطبيقية. (الزيادات، 2008).

وتشكل إدارة المعرفة أحد التطورات الفكرية المعاصرة التي اقترحت في بادئ الامر كأطر ومداخل إلى ممارسة عملية، أكثر ملاءمة للتغيرات المتسارعة في عالم الأعمال؛ مما زاد الإدراك في أن الميزة التنافسية تعتمد اساسا على الموجودات الفكرية، وتحديدًا على الأصول المعرفية والاستثمار فيها، الذي يُعدّ أحد مقومات تلك الميزة لأطول فترة بما يعزز من الإبداع المستمر.

من هنا زاد الاهتمام بالمدخل المعرفي، وخاصة في المواضيع الإدارية والاقتصادية، ولا سيما بعد إدراك أهمية المعرفة بوصفها موجودا مهما في تحقيق أهداف المنظمة، ودورها في التحول الكبير نحو الاقتصاد المعرفي الذي يركز على الاستثمار في الموجودات الفكرية والمعرفية غير الملموسة أكثر من تركيزه على الموجودات المادية الملموسة، وازداد هذا الدور أهمية مع سيادة مفهوم عصر المعرفة الذي من متطلباته ألاّ تكتفي المنظمات بتوفير المعلومات، بل يجب التفكير مع المعلومات. (الكبيسي، 2005)

1.2.2 المفهوم العام للمعرفة

إن مفهوم المعرفة (Knowledge) هي الأصل الجديد، وهي أحدث عوامل الإنتاج الذي يُعترف به كمورد اساسي لإنشاء الثروة في الاقتصاد، ومصدر اساسي للميزة التنافسية في الإدارة، فالاقتصاد التقليدي قام على افتراضات عديدة كالأرض، والعمل، ورأس المال، وكانت هي العوامل الأساسية التي تنشئ الثروة وتصنع النقود، أما الاقتصاد الجديد فإن المعرفة تعتمد فيه على النوع الجديد من رأس المال الذي يقوم على الأفكار والخبرات والممارسات الأفضل، فهو رأس المال الفكري الذي يُعدّ أكثر أهمية من رأس المال المادي. وخلافا للماديات التي تخضع لتناقص العوائد، وتُعد موردا نهائيا، فإن المعرفة تقوم على أساس تزايد العوائد مما يجعلها موردا لا نهائيا. (نجم، 2005).

إن المعرفة موجودات استراتيجية، ومن أجل استثمار هذه الموجودات، فإن نجاح المنظمة يعتمد بشكل كبير على قابليتها بجمع المعرفة وإنتاجها والحفاظ عليها ونشرها، ويصبح تطوير الإجراءات والأعمال الروتينية من أجل إيجاد المعلومات والمعرفة وتدقيقها، وتعليمها وحمايتها، والمشاركة بها مثالية في المنظمة. (البغدادي والعبادي، 2010)

ويسبب ما يشهده العالم اليوم من تغيرات هائلة متعددة الأوجه والأهداف ومن ضمنها التغيير الاجتماعي، إذ تعد عملية التحول والتغيير نحو مجتمع المعرفة عملية اجتماعية أكثر منها اقتصادية، ويؤثر في القرارات التي يتخذها فيما يتعلق بكيفية تعلمه وتعليمه، ويرافق عملية التحول الاجتماعي تحول اقتصادي، وصناعي، حيث أدت إلى حدوث تغيرات كونية واسعة مثل بروز العولمة وانحياز الحواجز والحدود التجارية، ومن أجل مواجهة هذه التحديات والتحويلات وتحسين الأداء، فإن تطبيق إدارة المعرفة يُعد أحد السبل التي يمكن للمنظمات اللجوء إليها. (حجازي، 2005).

2.2.2 مفهوم المعرفة

عرّف توربان (Turban, 2002) المعرفة بأنها تتكون من البيانات والمعلومات التي تم تنظيمها ومعالجتها لنقل الفهم والخبرة، والتعلم المتراكم، التي تطبق في المشكلة أو النشاط الراهن. (نجم، 2005).

والعلم يقوم مقام المعرفة، بقوله تعالى (الذين اتيناهم الكتاب يعرفونه كما يعرفون أبناءهم وأن فريقا منهم ليكتمون الحق وهم يعلمون) "سورة البقرة" الآية 146

والمعرفة: تعني الإدراك والفهم والتعلم وترتبط بحالة أو واقع أو جانب أو مشكلة معينة، واستنادا إلى البيانات، والمعلومات المتوافرة عنها أو المتصلة بها، لذلك فإن المعرفة ذات علاقة مباشرة بكل من البيانات والمعلومات التي تتيح الوصول إلى المعرفة. (خلف، 2007).

كما أن المعرفة: هي مجموعة الحقائق، ووجهات النظر، والآراء والأحكام، وأساليب العمل، والخبرات والتجارب والمعلومات والبيانات والمفاهيم والاستراتيجيات، والمبادئ التي يمتلكها الفرد أو المنظمة، وتستخدم لتفسير المعلومات المتعلقة بظرف معين أو حالة معينة ومعالجة هذا الظرف وهذه الحالة. (حجازي، 2005).

وعرّف كل من نوناكا وتاكيوتي المعرفة أنها الأصول غير الملموسة كالقيم، والصورة الذهنية للمنظمة، والحدس، والاستعارات، ولفاذ البصيرة، وتُشكّل أهم الأصول التي ينبغي الاعتناء أو الاهتمام بها؛ لأنها تشكل قيمة مضافة للعمليات اليومية التي تقوم بها المنظمة. (نور الدين، 2010).

كما عرّف الزيادات (2008) المعرفة بأنها عبارة عن معلومات بالإضافة إلى روابط سببية تساعد في إيجاد هذه الروابط أو تفصلها، كما أنها الخبرة التي يمكن توصيلها وتقاسمها، أو المعلومات في النشاط.

ومن خلال التعريفات السابقة للمعرفة، ترى الباحثة وجود نقاط مشتركة بينها ويمكن توضيحها بما يأتي :

- أن المعرفة تتكون من البيانات والمعلومات والخبرات والتجارب والمفاهيم والاستراتيجيات.
- أن المعرفة حصيلة الإدراك والفهم والتعلم.
- أن المعرفة تجميع للعمليات اليومية التي نقوم بها في المؤسسات من خلال الحدس والقيم والصورة الذهنية للمؤسسة.
- أن الاهتمام بالمعرفة والاعتناء بها يشكل قيمة كبيرة إذا تم استخدامها داخل المؤسسات.

3.2.2 نشأة إدارة المعرفة وتطورها

تعود بدايات المعرفة إلى بداية خلق الانسان، حيث خلقه الله سبحانه وتعالى على الفطرة، ثم علّمه وهده السبيل ويتضح ذلك من قوله تعالى "وعلم آدم الاسماء كلها". سورة البقرة، الآية 31.

في العصور القديمة تميز الطابع التراكمي للمعرفة الإنسانية بنقل التاريخ بعض أوجه الازدهار في الحضارات القديمة كالسومرية، والأشورية، والبابلية، والفرعونية، التي حصل فيها تراكم معرفي مكّن الإنسان من تحقيق عدة إنجازات، حيث خضعت المعرفة للتجربة والبرهان وبالتالي أصبحت معرفة متراكمة بنيت على القصص والأساطير. (الكبيسي، 2005)

ففي العصور القديمة تم تخزين المعرفة بطرق بدائية حيث سجل الناس مدوناتهم التجارية والدينية والثقافية والقانونية على الألواح الطينية، وفي مصر قديماً اختار المصريون وسائط أخرى لتخزين المعرفة ونقلها، بدلاً من الألواح الطينية حيث استخدموا أوراق البردي، وبالتالي كانت حصيلة هذا الجهد الإنساني ظهور أكثر المكتبات الفرعونية شهرة التي بنيت في عصر رمسيس الثاني وتدعى (sacred library).

فالإنسان في الحضارات القديمة كان قلقاً من ضياع تراثه ومعارفه فلجأ إلى التفكير بالمعرفة، وفي قضايا تنظيمها وتصنيفها وتخزينها، كما هو الحال في الوقت الحالي بأن الهم الإنساني والفكري

والوجودي أن يحفظ ويوثق معارفه، فظهرت أهمية وجود إدارة المعرفة، التي هي حاجة موضوعية وتاريخية حيث مثلت قيمة رمزية واستراتيجية لإنتاج الثروة واكتساب القوة. (ياسين، 2007).

فأول من ابتكر مفهوم إدارة المعرفة هو كارل ويج وذلك عام (1986) في ندوة لمنظمة الأمم المتحدة، وقد ساهم مجموعة من الباحثين بعد ذلك في تطوير مفهوم إدارة المعرفة حتى وصلت إلى درجة نضجها الحالية، وأهم أولئك الباحثين واوديل ونونكا وتاكوش وليوبوتيز وليونالد بيرتون. (عبد الوهاب، 2007). كما ورد في (عودة، 2010).

وفي بداية الثمانينيات من القرن الماضي كان (دون مارشارتن) (Don Marhand) أول من استخدم إدارة المعرفة، حيث كانت هذه المرحلة هي المرحلة النهائية من الفرضيات المتعلقة بتطور نظم المعلومات، وتتأبأ رائد الإدارة دركر (Durcker) بأن العمل النموذجي سيكون قائماً على المعرفة وأن المنظمات ستتكون من صناعات المعرفة الذين بدورهم يوجهون أداءهم من خلال التغذية العكسية لزملائهم ومن الزبائن.

أما تطبيق إدارة المعرفة فيرجع بدايتها إلى شركة هيوليت باكارد (Hewlett Packard) الأمريكية في عام (1985)، ولكن في تلك الفترة لم يقتنع الكثيرون بإدارة المعرفة، وبتأثيرها على عملية الأعمال، حتى أن (وول ستريت) أكبر سوق مال في العالم تجاهل إدارة المعرفة في بادئ الأمر، لكنه اهتم بها بعد ذلك وفي عام (1999) خصص البنك الدولي (4%) من الميزانية الإدارية السنوية لتطوير أنظمة إدارة المعرفة.

إن إدارة المعرفة امتدت من بداية الثمانينيات إلى منتصف التسعينيات وكانت مرحلة الاهتمام والتوجه، لكن البدايات الحقيقية لإدارة المعرفة بمفهومها الحديث هي في منتصف التسعينيات من القرن الماضي وهي مرحلة الاعتراف والتضوج، وخاصة بعد تنفيذ شركة (HP) الأمريكية لإدارة المعرفة في برامجها، وشركة (Skandia) للتأمين مما زاد الاعتراف بإدارة المعرفة بالوصول إلى مقاييس أكثر لقياس نتائج تطبيقها. (الكبيسي، 2005).

4.2.2 مفهوم إدارة المعرفة

من خلال التعرف على ماهية المعرفة وإدارتها وتطورها والانتقال من الاقتصاد القديم في المنظمات إلى المعرفة بصورة نظرية، والبدء في تطبيقها في كثير من المنظمات. فحسب اطلاع الباحثة على

الأدبيات والتحول والتغيير السريع في المعلومات، ومواكبة هذه التغيرات وتطورها واستغلال الموارد اللاملموسة ك رأس المال البشري وتوظيفه في إدارة المنظمات من أجل تحقيق المنافسة والإبداع والتميز فلا بد من عرض مفاهيم إدارة المعرفة لتشمل كافة عناصرها.

إن إدارة المعرفة هي الجهد المنظم الواعي الموجه من قبل مؤسسة ما من أجل التقاط وجمع وتصنيف وتنظيم وحصر كافة أنواع المعرفة ذات العلاقة بنشاط تلك المؤسسة وجعلها جاهزة للتداول والمشاركة بين أفراد وأقسام المؤسسة بما يرفع مستوى كفاءة اتخاذ القرارات وال أداء التنظيمي. (نور الدين، 2010)

إن إدارة المعرفة تهتم بتحديد المعلومات والمعارف اللازمة للمنظمة والحصول عليها من مصادرها وحفظها وتخزينها وتطويرها وزيادتها وهي مدخل نظمي متكامل لإدارة وتفعيل المشاركة في كل أصول معلومات المشروع، بما في ذلك قواعد البيانات، والوثائق، والسياسات، والإجراءات، بالإضافة إلى تجارب وخبرات سابقة يحملها الأفراد العاملون. (الزيادات، 2008؛ الطاهر، 2010).

ويرى البغدادي والعبادي (2010) أن إدارة المعرفة مجموعة من العمليات التي تهدف إلى تحويل الموارد الفكرية إلى قيم ملموسة وذلك بالتركيز على الموجودات غير الملموسة بالدرجة الأولى. وعرف النجار (2007) إدارة المعرفة بأنها إدراك المنظمة إلى الكيفية التي تجعل تطبيقات المعرفة مفتاحا في إضافة قيمة وتميز للمنتجات والخدمات في المنظمة.

ويُعرف العلي وقنديجي والعمري (2006) إدارة المعرفة بأنها إدارة المعرفة الحرجة التي تعتمد على قاعدة المعرفة، التي تهدف إلى إضافة قيمة الأعمال، وتتم من خلال عمليات منتظمة تتمثل في تشخيص واكتساب وتوليد وتخزين وتطوير وتوزيع وتطبيق المعرفة في الشركة.

إن إدارة المعرفة مدخل لإضافة أو إنشاء القيمة من خلال المزج أو التركيب أو التداوب بين عناصر المعرفة من أجل إيجاد توليفات معرفية أفضل مما هي عليه كبيانات أو معلومات أو معارف جديدة. كما أنها محاولة منظمة لاستخدام المعرفة داخل المنظمة من أجل تحسين الأداء. (حجازي، 2005؛ نجم، 2005)

وترى الباحثة أنه مهما تعددت وتنوعت المفاهيم التي تناولت إدارة المعرفة بعناصرها المختلفة يمكن تطوير تعريف اجرائي لإدارة المعرفة.

إن إدارة المعرفة تعتمد على عدة عمليات كتشخيص واكتساب وتوليد وتخزين وتوزيع وتطبيق المعرفة، التي يتم استخدامها في تحويل البيانات والخبرات إلى معلومات للمساعدة في حل المشاكل واتخاذ القرارات داخل المؤسسة.

5.2.2 أهمية إدارة المعرفة

من خلال التعرف إلى مفهوم إدارة المعرفة والتطور السريع في المنظمات وإدارتها من خلال التكنولوجيا وتدفق المعلومات الهائل ومن أجل استثمارها وعدم هدرها، يجب إدراك أهمية إدارة المعرفة حتى يتم استخدامها بالطريقة الأفضل.

ويعرض (الكبيسي، 2005) بعض النقاط الأساسية لتحديد أهمية إدارة المعرفة وتتمثل بالآتي:

- تعد إدارة المعرفة فرصة كبيرة للمنظمات لتخفيض التكاليف، ورفع موجوداتها الداخلية لتوليد الإيرادات الجديدة.
- تعزز قدرة المنظمة للاحتفاظ بال أداء المنظمي المعتمد على الخبرة والمعرفة وتحسينه.
- تتيح إدارة المعرفة للمنظمة تحديد المعرفة المطلوبة، وتوثيق المتوافر منها وتطويرها والمشاركة فيها وتطبيقها وتقييمها.
- تعد إدارة المعرفة أداة المنظمات الفاعلة لاستثمار رأس مالها الفكري من خلال جعل الوصول إلى المعرفة المتولدة عنها بالنسبة للأشخاص الآخرين المحتاجين إليها عملية سهلة وممكنة.
- تعد أداة تحفيز للمنظمات لتشجيع القدرات الإبداعية لمواردها البشرية؛ لخلق معرفة جيدة والكشف المسبق عن العلاقات غير المعروفة والفجوات في توقعاتهم.
- توفر الفرصة للحصول على الميزة التنافسية الدائمة للمنظمات عبر مساهمتها في تمكين المنظمة من تبني المزيد من الإبداعات المتمثلة في طرح سلع وخدمات جديدة.
- تدعيم الجهود للإفادة من جميع الموجودات الملموسة وغير الملموسة بتوفير إطار عمل لتعزيز المعرفة التنظيمية.
- تسهم في تعظيم قيمة المعرفة ذاتها عبر التركيز على المستوى.

كما أنّ إدارة المعرفة كما حدّدها (خلف، 2007) تسهم في تحسين الأداء، ورفع الانتاجية، وتخفيض كلفة الإنتاج وتحسين نوعيته من خلال استخدام الوسائل والأساليب التقنية المتقدمة التي تتضمنها إدارة المعرفة، ويساندها قدر واسع من المعلومات والاتصالات.

6.2.2 أهداف إدارة المعرفة

من خلال الاطلاع على الأدبيات ذات العلاقة بإدارة المعرفة من أجل الارتقاء بال أداء المنظمي اعتمادا على الخبرة والمعرفة ومضمونها، واستثمارها وتحقيق نتائج ملموسة يحدد كل من (الزيادات، 2008؛ الكبيسي، 2005) أهداف إدارة المعرفة كما يأتي:

- خلق البيئة التنظيمية التي تشجع كل فرد من المنظمة على المشاركة في المعرفة لرفع مستوى الآخرين.
- تحديد المعرفة الجوهرية وكيفية الحصول عليها وحمايتها.
- أسر المعرفة من مصادرها و تخزينها وإعادة استعمالها.
- جذب رأس المال الفكري الأكبر لوضع الحلول للمشكلات التي تواجه المنظمة.
- بناء إمكانات التعلم وإشاعة ثقافة المعرفة والتحفيز لتطويرها والتنافس من خلال الذكاء البشري .
- تساعد في تحول المنظمات من الاقتصاد التقليدي إلى الاقتصاد العالمي الجديد.
- تهدف إلى الإبداع والوعي والتصميم الهادف والتكيف للاضطراب والتعقيد البيئي والتنظيم الذاتي والذكاء والتعلم.
- خلق القيم للأعمال من خلال التخطيط لها والجودة العملياتية وإدارة العاملين وتطويرهم وإدارة الزبائن وتقييم الانتاج.
- التأكد من أنه يجري تطوير وتجديد وتحديث المعرفة بصورة مستمرة.

فبالإضافة إلى ما سبق من أهداف لإدارة المعرفة، فقد أورد(نور الدين، 2010) أهداف أخرى لإدارة المعرفة:

- تهدف إدارة المعرفة المحافظة على الأصول المعرفية وتطويرها والعمل على تحديثها بما يتلاءم مع البيئة المحيطة بالمؤسسة، ولصالح المستفيدين من المنظمة والمتعاملين معها.
- تهدف عمليات إدارة المعرفة إلى تمكين العاملين في المؤسسة لرفع أداء الموظفين فيها، ودعمهم بالبيانات والأرقام وقاعدة معلوماتية متكاملة ودقيقة تساعد في تحسين أداء أعمالهم ورفع كفاءتهم الإنتاجية وتطوير قدراتهم ومهاراتهم.
- التعريف والتوعية بشكل شمولي لمعنى إدارة وتطوير المعرفة ونشرها بين العاملين في القطاع الصحي بحيث يستخدمون بشكل أكبر مبادئ إدارة المعرفة وتعميم الاستفادة عن طريق بلورة الفرص الخاصة بأعمال إدارة المعرفة.

- تسعى إدارة المعرفة إلى إيجاد القيادة الفاعلة والقادرة على بناء وتطبيق مدخل إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية ذات العلاقة بإدارة المعرفة.
- دراسة مختلف الأوضاع الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والأنظمة ذات العلاقة في البلدان التي تؤثر على فاعلية مبادرات إدارة المعرفة.

7.2.2 فوائد إدارة المعرفة

تركز إدارة المعرفة على إدارة العمل بأسلوب ذكي ومتطور وتركز أيضا على الإنتاجية ومخرجات العمل وليس على الجهد المبذول، لأن الجهد المبذول قد يكون ضائعا ولا يؤدي إلى النتائج المرجوة، فإن أهم فوائد إدارة المعرفة تكمن فيما يأتي:

- 1- رضا العملاء والمراجعين للمؤسسة إلى أبعد حد ممكن.
- 2- تحسين وضع واتخاذ القرارات.
- 3- تقليل ازدواجية الجهد والوقت والمال.
- 4- تطوير الابتكار للوصول إلى الأدوات المناسبة والملائمة لحل المشكلات الحالية، وابتكار وسائل وخدمات جديدة وتحسينها.
- 5- تبسيط الإجراءات وذلك بحذف العمليات غير الضرورية للتركيز على صميم العمل.
- 6- جعل القيادة العليا وصناع القرار في المؤسسة قادرين على كيفية استثمار موارد المنظمة المتاحة بالشكل الصحيح.
- 7- تعمل على منع ظهور الإدارة المزاجية حيث تظهر الإدارة المزاجية عندما لا يوجد للمؤسسة نظام وسياسة واضحة. (الطاهر، 2010)

فمن خلال التعرف على فوائد إدارة المعرفة، تجمل الباحثة بعض فوائد إدارة المعرفة، التي تتمثل بما يأتي:

إن إدارة المعرفة تلعب دورا أساسيا في مساعدة الموظفين داخل المؤسسات بتعزيز القدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات، ومشاركة الإدارة في اتخاذ القرارات وعدم اقتصرها على الإدارات العليا.

كما تعمل إدارة المعرفة على تطوير برامج الإبداع داخل المؤسسة بتطوير المعارف القديمة، أيضا زيادة الإنتاجية وخفض التكاليف وزيادة في النمو مما يزيد من قدرتها على المنافسة.

وكما أكدّ (بدير، 2010) ان إدارة المعرفة وفّرت الكثير من الفرص للمنظمات في المجتمعات التقدمية، لتحقيق تقدم تنافسي من خلال ربط ابتكارها بتكنولوجيا جديدة متطورة، ووسائل انتاج جديدة، وأساليب عمل جديدة ساهمت في تخفيض التكاليف، وبالتالي زيادة الأرباح وتوفير الثروة وتوفير فرص عمل كبيرة والحد من البطالة مما أدى إلى خلق صناعة المعرفة (knowledge industry)، فمثلا ساهم التقدم والتطور الطبي وتغير الاجهزة الحديثة في الاردن في توافد حالات مرضية كثيرة من مختلف الأقطار العربية مما ساهم في زيادة دخل القطاع الصحي ورفع مستواه بين دول العالم، وبالتالي أصبح التوجه لإدارة المعرفة أساسيا وليس وقتيا أو ظرفيا وخاصة في المؤسسات المهنية الخدمية.

8.2.2 عناصر إدارة المعرفة

تسعى مؤسسات القطاع الصحي الخاص للحصول على المعلومات والطاقة والنشاط من البيئة الخارجية، وحتى يتم تحول المعلومات والطاقة إلى معرفة وعمليات وهياكل لإنتاج الخدمات اللازمة، فلا بد من عناصر لإدارة المعرفة حتى يتم تحديد مسار وطبيعة المعرفة وحجم الاحتياج لها في مؤسسات القطاع الصحي الخاص.

وقد أجمع عدد من الباحثين بعض العناصر لإدارة المعرفة منهم (الكبيسي، 2005) (الزيادات، 2008) (أوراق ملتقى الاستثمار، 2007):

- 1- إن العنصر الأول يتمثل بالاستراتيجية فهي أسلوب التحرك لمواجهة تهديدات أو فرص بيئية من أجل تحديد نقاط القوة والضعف الداخلية للمؤسسة.
- 2- الأشخاص حيث يعد الجانب البشري الجزء الأساسي في إدارة المعرفة حيث تنتقل عبره المؤسسة من المعرفة الفردية إلى المعرفة التنظيمية، ويقصد بالأشخاص كادر أنظمة المعلومات وكادر إدارة المعرفة.
- 3- التكنولوجيا تلعب دورا مهما في إدارة المعرفة حيث تسهم في تعزيز إمكانية السيطرة على المعرفة الموجودة داخل المؤسسة وتجعل منها عملية سهلة وذات تكلفة أقل وميسرة.
- 4- العملية :
- أ- دور العملية في إدارة المعرفة تطوير ممارسات العمل الجديدة التي تزيد من الترابط المتبادل لأفراد فريق العمل الواحد.
- ب- الاسهام في تطوير البرامج الرسمية التي تبني المشاركة بالمعرفة والإبداع من خلالها.

ج- خلق المعرفة يحتاج إلى مستوى عالٍ من المعرفة في تطبيق الإجراءات والسياسات مع تقليل التركيز على قواعد العمل.

د- توفر العملية أيضا قياس النتائج وتراقب عملية التقدم بتنفيذ البرامج وتعطي مؤشرات لتقليل التكلفة وتحقيق سرعة الاستجابة.

9.2.2 عمليات إدارة المعرفة

أصبحت إدارة المعرفة في العصور الفكرية الحديثة تشكل منهجا في بعض المؤسسات الخدمائية والإنتاجية حيث كانت تعتمد على رأس المال المادي كأولوية أساسية في نجاح تقديم الخدمات ثم بدأت بإدراك أهمية دور إدارة المعرفة من ناحية نظرية رغم وجود صعوبة في تطبيقها، وصعوبة قياسها بصورة مباشرة ولكي تجني إدارة المعرفة نتائجها في المؤسسات لا بد أن تمر بعدة مراحل أو عمليات متكاملة يكمل كل منها الآخر بدءا بتشخيص المعرفة وتحديد الأهداف وتوليد المعرفة وخبزها ثم توزيعها وتطبيقها.

وأورد عدد من الباحثين اختلاف عمليات إدارة المعرفة داخل المؤسسات فركز الزبادات (2008) على أن هناك ست عمليات جوهرية لإدارة المعرفة وهي:

تشخيص المعرفة، وتحديد أهداف المعرفة، وتوليد المعرفة، وخبز المعرفة، وتوزيع المعرفة، وتطبيق المعرفة.

أما نجم (2005) فقد أورد عدد من الكتاب الذين اختلفوا في عرض عمليات إدارة المعرفة منهم توريان Turban إذ إن العمليات الأساسية لإدارة المعرفة من وجهة نظره هي:

إنشاء المعرفة، والحصول على المعرفة، وتنقيح المعرفة، وخبز المعرفة، وإدارة المعرفة، ونشر المعرفة.

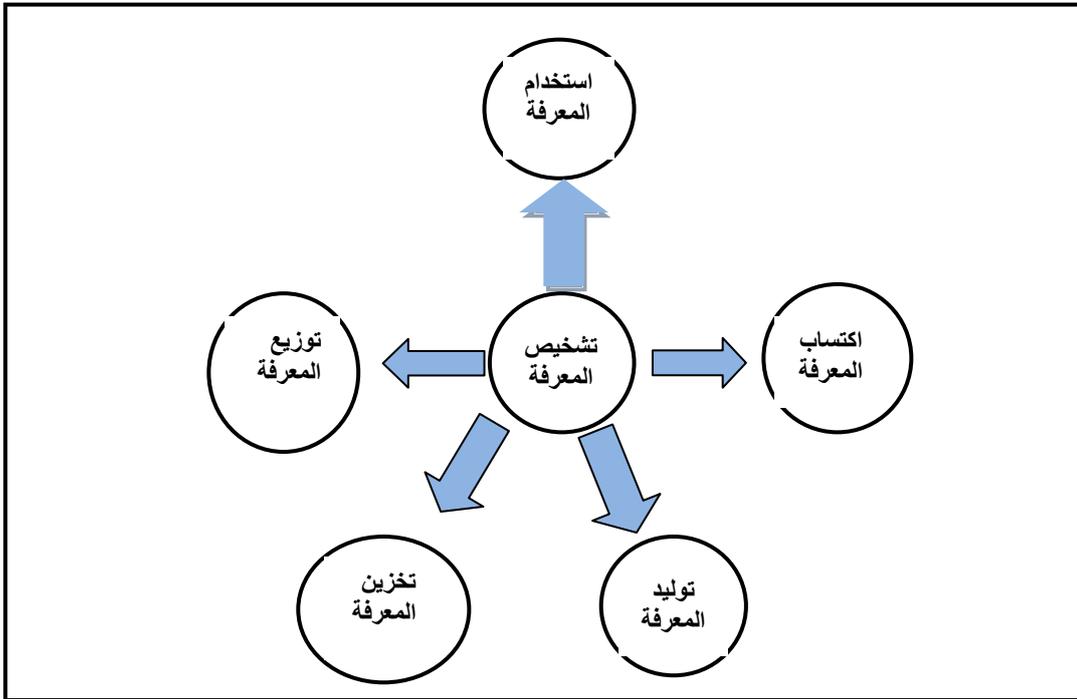
أما عمليات إدارة المعرفة من وجهة نظر لاودون ولاودن Laudon and Laudon فهي: الحصول على المعرفة وترميزها، وإنشاء المعرفة، وتقاسم المعرفة، وتوزيع ونشرها.

في حين حدّد ديفيد سكايرم David Skyrme عمليات إدارة المعرفة بأنها الإنشاء، التحديد، الجمع، التنظيم، التقاسم، التعليم، الاستغلال، الحماية، ثم التقييم.

ورأى مارك دويسون أنّ عمليات إدارة المعرفة تشتمل على تحديد المعرفة، اكتساب المعرفة، توليد المعرفة، التحقق من صلاحية المعرفة، نشر المعرفة (صريحة،ضمنية)، تجسيد المعرفة، تحقيق المعرفة، ثم استغلال وتطبيق المعرفة.

اما علميات إدارة المعرفة كما مثلها (الملكاوي،2007) فهي:
التشخيص، الأهداف، التوليد، التخزين، التوزيع، التطبيق والمتابعة.

وليتمّ التوصل إلى عمليات إدارة المعرفة من خلال مؤسسات القطاع الصحي الخاص قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من أدبيات إدارة المعرفة، وبعد التطرق إلى عدد من الباحثين لعمليات إدارة المعرفة كل حسب اهتمامه وتوجهاته، اقتضت الباحثة على تلك العمليات التي يتم العمل بها في مؤسسات القطاع الصحي الخاص، ويوضح الشكل (1:2) عمليات إدارة المعرفة:



الشكل (1:2) عمليات إدارة المعرفة في مؤسسات القطاع الصحي الخاص

العملية الأولى : تشخيص المعرفة

يقصد بتشخيص المعرفة تحديد نوع المعرفة الموجودة داخل المؤسسة ومقارنتها بما هو مطلوب من أجل تحديد الفجوة فيما بينهم، بالإضافة إلى تحديد مصادرها وطرق الحصول عليها والتعرف على الأشخاص الحاملين لها.

ويرى عدد من الباحثين بأن عملية تشخيص المعرفة من العمليات الأساسية في إدارة المعرفة داخل المؤسسة لأن نجاح مشروع إدارة المعرفة يعتمد على دقة التشخيص، وعلى كيفية تشخيص المعرفة الداخلية للمؤسسة وكيفية أسرها.

ومن أولويات عملية تشخيص المعرفة تمثيل المعرفة بعدة طرق منها:

- 1-تمثيل المعرفة في هيئة قواعد.
- 2-تمثيل المعرفة بأسلوب الدلالة الرسمية.
- 3-تمثيل المعرفة بالشبكات الدلالية.(الزيادات،2008)

وترى الباحثة أن عملية تشخيص المعرفة يعدّ مفتاحاً أساسياً للبدء بإدارة المعرفة لأنها تشتمل على المعرفة الموجودة داخل المؤسسة والمعرفة المطلوبة من المؤسسة ويتم بناء العمليات الأخرى على أساسها.

العملية الثانية: اكتساب المعرفة

يقصد باكتساب المعرفة (التوصل للمعرفة وتوثيقها، وجعلها متاحة للجميع)، ويتم اكتساب المعرفة من خلال تدريب الأفراد في المؤسسة وتعليمهم وملاحظة الخبرات والتجارب، أو من خلال الاستماع إلى المحاضرات، وورشات العمل والمشاركة في المؤتمرات.

كما أن الطريقة المباشرة لاكتساب المعرفة هي استقطاب أفراد لديهم المعرفة من خارج المؤسسة. ومن الضروري في عملية اكتساب المعرفة أن يتم نقل المعرفة إلى أفراد المؤسسة وإتاحة المجال لهم للاطلاع على المعرفة والتشارك فيها من أجل استخدامها فالتشارك في المعرفة يعدّ من أكثر نشاطات إدارة المعرفة أهمية، ويساعد بدرجة كبيرة على توليد معرفة جديدة للمؤسسة. (حجازي،2005)

العملية الثالثة: توليد المعرفة

ويقصد بتوليد المعرفة إبداع المعرفة من خلال التوصل إلى معارف جديدة داخل المؤسسة للمساهمة في التعرف على المشاكل وإيجاد حلول جديدة. (بدير، 2010)

وترى الباحثة أن عملية توليد المعرفة داخل المؤسسة تزيد من قدرتها على التفوق في الإنجاز، ونقل الخبرات وتطوير مهارات الموظفين ومساعدة الإدارة في توظيف المواهب والاحتفاظ بها.

استند كل من نوناكا وتاكونشي (Nonaka and Takunchi, 1995) على نموذج (SECI) لتوليد المعرفة في المؤسسات إذ يشتمل على مستويات أساسية هي مستوى الأفراد، المجموعات، والمؤسسة من خلال تطبيق المبادئ الآتية :

- 1- وجود أنماط المعرفة الضمنية والمعرفة الصريحة.
- 2- التفاعل الحركي بين المعرفة الصريحة والضمنية.
- 3- وجود ثلاثة مستويات للتفاعل الاجتماعي (الأفراد، المجموعات، البيئة التنظيمية)
- 4- وجود الأنشطة والعمليات المكونة للمعرفة وهي:
 - أ- تحول المعرفة الضمنية إلى معرفة ضمنية جديدة من خلال التفاعل الاجتماعي للأفراد في بيئة المؤسسة.
 - ب- تحول المعرفة الضمنية لدى الأفراد إلى معرفة صريحة مكتوبة أو مرمزة أو بأشكال المعرفة الصريحة الأخرى (الرقمية أو الرمزية).
 - ج- تحول المعرفة الصريحة المكتوبة (المرمزة أو الرقمية) إلى حزم أو تكوينات معرفية رمزية من المعرفة الصريحة المكتوبة أيضا، وحتى تتم عملية التحويل لا بد من وجود عمليات إدراكية وذهنية مسبقة لدى الأفراد للحصول على معرفة مكتوبة جديدة.
 - د- اكتساب المعرفة من خلال انتقال المعرفة النصية الصريحة إلى معرفة ضمنية، لتضاف إلى الخزين المعرفي للأفراد ممثلا بالذاكرة الإنسانية، فالإدراك العقلي للظواهر والأشياء، يؤدي إلى تمثيل المعرفة والبحث عنها بصورة مستمرة. (ياسين، 2007)

العملية الرابعة: تخزين المعرفة

ويقصد بتخزين المعرفة تخزين المعلومات الموجودة في وسائل التقنية المادية والمعنوية ويشمل ذلك قواعد البيانات، والوثائق المختلفة (حمود، 2010).

وأورد (الكبيسي، 2005) أن عمليات خزن المعرفة تشتمل على ما يأتي :

- الاحتفاظ.
- الادامة.
- البحث.
- الوصول.
- الاسترجاع.
- المكان.

إن عملية خزن المعرفة أمر ضروري لا سيما في المؤسسات التي تعاني من معدلات عالية في دوران العمل، كما أن عملية خزن المعرفة مرتبطة بالذاكرة التنظيمية، فالمؤسسات تواجه خطراً كبيراً نتيجة لفقدانها الكثير من المعرفة التي يحملها الأفراد الذين يغادرون المنظمة، فيأخذون المعرفة الضمنية غير الموثقة معهم، وتبقى المعرفة الموثقة مخزونة في قواعدها.

وأكد (برويست وراوب ورومهارت، 2001) أن المنظمات التي تقوم بالتخلص من المعرفة القديمة وعدم الاحتفاظ بها بداعي التطوير والتغيير تؤدي إلى خسائر كبيرة في المنظمة، فالخبرات السابقة وما يصاحبها من تجارب بشرية تعتبر ذات قيمة عالية لا يمكن إهمالها، وبدلاً من إهمالها يتم الاستفادة منها عن طريق ما يسمى (بالتعلم العكسي) حيث تقوم المنظمة بتطوير ذاكرتها المعرفية والتخلص مما ليس له قيمة والاحتفاظ بما هو مفيد بالخبرات السابقة تعد نقطة البداية دائماً لأي تحسين أو تطوير.

ويتم تخزين المعرفة بطرق عديدة من أهمها:

- 1- أن يقوم كل فرد في المؤسسة بتسجيل كل ما يحدث معه وأية معلومة جديدة في مكان معين سواء في ملفات عادية أو في شبكة الحاسوب بحيث تكون متاحة لكل أفراد المنظمة إذا أرادوا الاطلاع عليها.
- 2- أن يقوم شخص مسؤول بجمع المعلومات وتخزينها بدقة وبطريقة يسهل استخدامها من قبل الجميع دون الاهتمام بتحليل وتنقية المعرفة أو بنشرها وتداولها بطرق فعالة.
- 3- أن يقوم كل الأفراد داخل المؤسسة بتقديم المعرفة الموجودة لديهم إلى شخص أو إدارة معينة، وتقوم هذه الجهة بتحليل وتنقية هذه المعرفة ثم تقوم بتخزينها بدقة بحيث يمكن تداولها من قبل المنظمة بيسر وسهولة.

4- جمع المعرفة بطريقة منظمة وإيجابية ويتم تحليلها وتنقيتها ثم يتم تنسيقها وتجزئتها ليتم تنسيقها بأفضل صورة مع مراعاة ان يتم تداولها بسهولة ونشرها واستخراجها بدقة وبيسر من أفراد المنظمة. (الجعبري،2010).

العملية الخامسة: توزيع المعرفة

ويقصد بتوزيع المعرفة نقل المعرفة المطلوبة للشخص في الوقت المناسب، ويتم ذلك من خلال الاستعانة بتكنولوجيا المعلومات وتطبيقها مثل شبكات الإنترنت ومن خلال فرق العمل (العلي وقنديلي والعمري، 2006).

وأشار (الكراسنة والخليلي، 2009) إلى أن عملية توزيع المعرفة تعتمد على مجال أو سياق يوفر إمكانية حدوث عملية تفاعل ما بين الأفراد داخل المنظمة، سواء أكانت مجالات حقيقية تسمح بإيصال مباشر وشخصي بين الأفراد، أو افتراضية. أي يتم التفاعل بين الأفراد من خلال تكنولوجيا الاتصالات، والاجتماعات الإلكترونية، أو بناء مجالات ذهنية مشتركة تسهل وتحفز عملية تبادل المعرفة بين أفراد المنظمة.

إن المعرفة داخل المؤسسات قد تنتقل أما بشكل مقصود أو بشكل غير مقصود كما أشار ماركويت (38 : 2002، Marqudt)، فالشكل المقصود يعني أن تتم عملية نقل المعرفة عن قصد داخل المؤسسة عن طريق الاتصالات الفردية بين الأفراد، أو من خلال الأساليب المكتوبة، مثل المذكرات والتقارير والنشرات الدورية، وعقد المؤتمرات والندوات الداخلية، وبرامج الإرشاد الصحية، وبرامج التدريب والتنقلات بين الموظفين من خلال تدوير الأعمال في الأقسام الصحية. أما الشكل غير المقصود هو أن يتم نقل المعرفة بشكل غير مقصود داخل المنظمة من خلال الشبكات غير الرسمية، والقصص والأساطير.

ومن أجل الحصول على فوائد أكثر من إدارة المعرفة لا بد من التعرف على مفهوم التشارك في المعرفة الذي يعد أسلوباً من أساليب نقل المعرفة، لأن البنية التي يتم فيها تشجيع التشارك في المعرفة تؤدي إلى توليد معارف جديدة، مما يؤدي إلى الإفادة بشكل أكبر من الموارد الفكرية للأفراد وإمكانية أفضل للابتكار والإبداع. (حجازي،2005).

وترى الباحثة أنه يمكن لعملية التشارك في المعرفة بمؤسسات القطاع الصحي الخاص أن تتم عن طريق عدد من الوسائل كما في الجدول (1:2).

جدول (1:2): وسائل التشارك في المعرفة بمؤسسات القطاع الصحي الخاص

الرقم	الوسائل
1.	المقابلات التي تعقدها مؤسسات القطاع الصحي الخاص.
2.	الاجتماعات التي يشارك فيها أفراد القطاع الصحي الخاص
3.	تكنولوجيا المعلومات المقدمة لأفراد القطاع الصحي الخاص
4.	شبكات الإنترنت المتوفرة بمؤسسات القطاع الصحي الخاص
5.	قواعد البيانات المتوفرة لدى مؤسسات القطاع الصحي الخاص
6.	المحاضرات التي يعقدها القطاع الصحي الخاص
7.	الكتيبات والمقالات التي تصدرها مؤسسات القطاع الصحي الخاص
8.	الندوات التنقيبية التي تعقدها مؤسسات القطاع الصحي الخاص
9.	الدورات التدريبية التي يتلقاها العاملون في مؤسسات القطاع الصحي الخاص
10.	تشكيل فرق عمل لدراسة المشكلات التي تواجه مؤسسات القطاع الصحي الخاص

وعلى الرغم من تسهيل عملية نقل المعرفة وتسهيل عملية تشارك الأفراد داخل المؤسسة فهذا لا يعني عدم وجود معيقات تحد من عملية التشارك كما تراها (الغامدي، 2008)، فأسباب تردد الأفراد في إشراك الآخرين بما يمتلكون من معرفة تتمثل بما يلي:

- 1- الخوف من حصول الناس الآخرين على ما يمتلكه أصحاب المعرفة من معرفة.
- 2- مخاوف اصحاب المعرفة من أن يفقدوا سلطتهم وقوتهم بفقدانهم مصدر القوة التي يتمتعون بها، أي ما يمتلكونه من معرفة ضمنية.
- 3- مخاوف من احتمالية أن تكون منظماتهم تدعم الفردية والتنافسية.
- 4- مخاوف من أن يتم نقل المعرفة (الخطأ) وبالتالي تعريض المنظمة والآخرين للضرر.
- 5- الشعور بانتقاء الفائدة والمصلحة الشخصية، فالأفراد الذين على استعداد لإشراك الآخرين فيما لديهم من معرفة من المتوقع أن يجمعوا على إشراك الآخرين فيما يمتلكونه من معرفة إن لم يكن لديهم احساس أو شعور بأن ثمة فائدة أو تعويضا ينتظرهم.

العملية السادسة : تطبيق واستخدام المعرفة

يقصد بتطبيق المعرفة الإفادة الفعلية من المعرفة بطريقة فعالة تتضمن تحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وفاعلية، وهذا يتطلب تفويض العاملين في المؤسسات الصحية لصلاحيات واسعة، وإعطاءهم الحرية الكافية لتطبيق معارفهم (المعاني، 2009).

إن الهدف والغاية من إدارة المعرفة هو تطبيق المعرفة المتاحة للمؤسسة، وتطبيق أبرز عملياتها من خلال (الاستعمال، إعادة الاستعمال، الاستفادة، التطبيق).

أن عملية تطبيق المعرفة هي غاية إدارة المعرفة وتعني استثمار المعرفة، فالحصول عليها وتخزينها والمشاركة فيها أمور لا تعد كافية، إذا لم يتم تحويل المعرفة إلى حيز التنفيذ، وتعتبر مكلفة.

من المهم ربط استراتيجية إدارة المعرفة مع استراتيجية المنظمة الرئيسية، لذا يجب أن يكون تطبيق المعرفة مستهدفاً لمناطق الأهمية الاستراتيجية وأن تكون له قيمة كبيرة لصالح العمل. فنجاح أية مؤسسة في برامج إدارة المعرفة لديها يتوقف على حجم المعرفة المنفذة قياسياً لما هو متوافر لديها، فالفجوة بين ما تعرفه وما نفذته المؤسسة يعد أحد أهم معايير التقييم في هذا المجال (الزيادات، 2008).

أن المؤسسات التي تستخدم المعرفة على أحسن وجه تمتلك الميزة التنافسية، فيجب تطبيق المعرفة بكاملها على الأنشطة، فبعض المنظمات تعاني من فجوة بين المعرفة والعمل، وتقوم هذه المنظمات بعقد العديد من الدورات والمناقشة والتخليص بدلاً من قيامها بالأعمال والتطبيق، وفي ظل الثقافة السلبية للمنظمة يشيع الكلام أكثر من الحصيصة الموضوعية، ويهتم مديرو المشاريع غالباً بالمعرفة المتيسرة أكثر من اهتمامهم بالمعرفة المنتجة، إن المعرفة يجب أن توظف في حل المشكلات التي تواجهها المنظمة وأن تتلاءم معها إضافة إلى أن تطبيق المعرفة يجب أن يستهدف تحقيق الأهداف والأغراض الواسعة التي تحقق لها النمو والتكيف. (ابو فارة، 2008).

إن عملية تطبيق المعرفة بغض النظر عن لونها وتطبيقها ودرجة تعقيدها ومجالات حقولها لا تصبح ذات فائدة تذكر وذات قيمة إنسانية فريدة إذا لم توضع في موضع التطبيق العملي، فتحول المعرفة من أفكار و رموز ينقلها الخبير إلى عمل يحسن الأداء أو إلى منتجات وخدمات ذات قيمة بالتالي

تساهم المعرفة بصورة مباشرة في تحسين الأداء التنظيمي عندما تستخدم لصنع القرارات وإنجاز المهام. (ياسين، 2007).

10.2.2 أبعاد إدارة المعرفة

إن للمعرفة عدة انعكاسات إيجابية على المنظمة وعلى الموظفين، حيث تزداد مهاراتهم التي تنعكس على حسن الأداء الذي يؤدي بدوره إلى السرعة والدقة في الأداء مما يعني الجودة بالمنتج أو الخدمة المقدمة بتكاليف ووقت وجهد أقل، كما يعمل على زيادة الأرباح وتحقيق الميزة التنافسية للمنظمة. (الملكوي، 2007).

ويرى Duek كما ورد في (نور الدين، 2010) إن هناك ثلاثة أبعاد رئيسة للمعرفة وهي:

- 1- البعد التكنولوجي : ومن أمثلة هذا البعد محركات البحث، وقواعد البيانات، إدارة رأس المال الفكري، التكنولوجيا المتميزة والتي تعمل جميعها على معالجة مشكلات إدارة المعرفة بصورة تكنولوجية، فالمنظمة تسعى إلى التميز من خلال امتلاك البعد التكنولوجي للمعرفة.
- 2- البعد التنظيمي واللوجستي للمعرفة: يُعبر هذا البعد عن كيفية الحصول على المعرفة والتحكم بها وإدارتها وتخزينها ونشرها وتعزيزها ومضاعفتها وإعادة استخدامها. ويتعلق هذا البعد بتجديد الطرائق والإجراءات والتسهيلات والوسائل المساعدة والعمليات اللازمة لإدارة المعرفة بصورة فاعلة من أجل كسب قيمة اقتصادية مجربة.
- 3- البعد الاجتماعي: ويركز هذا البعد على تقاسم المعرفة بين الأفراد والمعرفة التي تشمل كل المعلومات والبيانات والإحصاءات والأرقام التي يتم الحصول عليها من مصادر موثوق ومحدثة، وتأسيس المجتمع على أساس ابتكارات صناعات المعرفة ومن خلال تأسيس ثقافة للمنظمة داعمة على أساس التشارك في الحصول على المعلومات في استخدامها بطريقة تعاونية.

11.2.2 مبادئ إدارة المعرفة

ركّز عدد من العلماء والباحثين على مبادئ إدارة المعرفة التي تشكل مفاتيح أساسية وشروط موضوعية من خلال تجارب التطبيق الناجمة لمشروعات وبرامج إدارة المعرفة في المنظمات الحديثة.

فمن الضروري توفر عدد من المبادئ التي تتطلبها المؤسسات الصحية والالتزام بها للوصول إلى إدارة المعرفة بالطريقة الفعالة التي يمكن من خلالها تحقيق أهداف المؤسسات الصحية ويرى (ياسين، 2007) إن أبرز المبادئ ما يأتي:

- 1- إن جوهر إدارة المعرفة هو الاستثمار في أصول المعرفة.
- 2- توليفة الحلول الإنسانية والتكنولوجية (توليفة متكاملة من الناحية الإنسانية والتقنية).
- 3- إدارة المعرفة تتطلب وجود مديرين للمعرفة.
- 4- تبصير المعرفة أفضل من نمذجتها.
- 5- المشاركة بالمعرفة أصعب من إنتاجها.

كما أن إدارة المعرفة كما ذكر ديفنبارت (Davenport، الزيات، 2010) تقوم على عدة مبادئ وهي:

- 1- إدارة المعرفة تتطلب الاستثمار في عدد من الأنشطة.
- 2- إدارة المعرفة تحتاج إلى مدير، من خلال إيجاد وظيفة لمدير المعرفة.
- 3- إدارة المعرفة تحتاج إلى تحسين العمليات المعرفية وتطويرها.
- 4- إدارة المعرفة لعبة سياسية تتطلب مفاوضات سرية ومداومات سياسية.
- 5- إدارة المعرفة تتطلب خرائط للمعرفة، وسوق للمعرفة.

وترى الباحثة من خلال عرض مبادئ إدارة المعرفة أنه يجب أن يكون تكامل ما بين المبادئ داخل المؤسسة، وعدم تجاهل أي مبدأ سواء وجود مديرين وكوادر للمعرفة أو التكنولوجيا أو قادة للمعرفة أو المشاركة بالمعرفة أو نفاذها وحاجتها إلى العديد من الأنشطة لأن التكامل في المبادئ يؤدي إلى التعرف بالمعرفة الموجودة داخل المؤسسة والإمكانات الموجودة، وخاصة في القطاع الصحي من أجل تطبيق إدارة المعرفة بشكل أيسر.

12.2.2: مبررات التحول إلى إدارة المعرفة

بدأت المنظمات الاهتمام بإدارة المعرفة، استجابة لعدة متطلبات ومؤثرات بيئية داخلية وخارجية من أجل إدخال التغيير لتحقيق نوع من التكيف مع هذه المتطلبات البيئية ولخص (الزيادات، 2008) عددا من مبررات التحول إلى إدارة المعرفة بما يلي:

- 1- تعاظم دور المعرفة في النجاح المنظم، لكونها فرصة كبيرة لتخفيض التكلفة ورفع موجودات المنظمة لتوليد الإيرادات الجديدة.

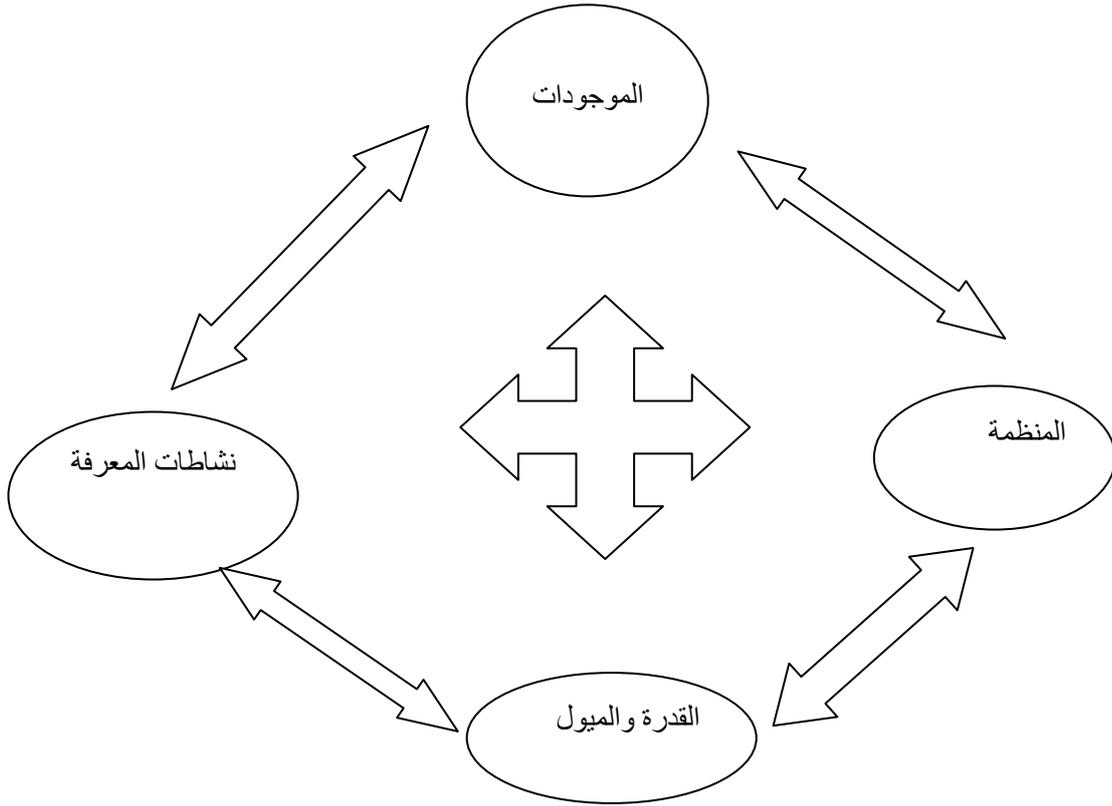
- 2- العولمة التي جعلت المجتمعات العالمية الآن على تماس مباشر بوسائل سهلة قليلة التكلفة كالفصائيات والانترنت، التي أسهمت في تسهيل خلق وتبادل التقارير القياسية، وتوفير نظم الاتصال عن بعد، وتوفير بنى تحتية أخرى للاتصالات.
- 3- الأثر الملموس والقياس للمعرفة، حيث أصبحت غالبية المؤسسات قادرة على تلمس أثر المعرفة في عمليات الأعمال فيها، وقادرة على قياس هذا الأثر بشفافية أكبر.
- 4- وجود أنواع متعددة من المعرفة وتنوع النظم والعمليات التي تدعم تطبيقها.
- 5- اختلاف طبيعة المعرفة كثيرا عن البيانات والمعلومات، فضلا عن اختلاف نظم تفسيرها ونقلها من نظم تفسير ونقل المعلومات، وبالتالي تختلف القيمة المضافة لها عن القيمة المضافة للمعلومات.

13.2.2 مجالات استخدام إدارة المعرفة

أيا كان المدخل الذي تستخدمه المؤسسة من أجل توظيف إدارة المعرفة، فإن من المهم إدراك أنّ القيام بتوظيف إدارة المعرفة لا يمس فقط جزءا محددًا من أجزاء المنظمة، وإنما يمس أجزاء المنظمة كلها لأن توظيف إدارة المعرفة يضيف قيمة للمنظمة.

وبالتالي فإن إدارة المعرفة تتطلب وجود تنسيق فاعل بين مختلف النشاطات والموجودات داخل المنظمة من خلال أربعة مجالات رئيسية تجب إدارتها معا بصورة جيدة وهي:-

- 1- مجال موجودات المعرفة : وتشمل الخبرة، والتجربة، والبراعة والكفاءة، والمهارات والقدرات والقابليات.
- 2- مجال نشاطات المعرفة : ويشمل عمليات التوليد، والبناء والنقل، والمراقبة والاستخدام، والتقييم.
- 3- مجال القدرات والميول: ويشمل قدرات الأفراد وميولهم وقدرات المنظمة لبناء المعرفة واستخدامها.
- 4- مجال المنظمة: ويشمل أهداف المنظمة وتوجهها، واستراتيجياتها، وممارستها وثقافتها. (حجازي، 2005).



شكل (2.2): المجالات الرئيسية لإدارة المعرفة
المصدر: (الظاهر، 2009) كما ورد عن wig (1994، 27)

14.2.2 مراحل تطبيق إدارة المعرفة

يرى (البيلاوي وحده، 2007) إن تطبيق إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية يمر ضمن مجموعة من العمليات المتكاملة، وهي كما يلي:

- 1- البحث عن مصادر المعرفة الداخلية والخارجية، والتعرف على محتوياتها ومنتجاتها المعرفية ومدى اتفاقها مع احتياجات المؤسسات الصحية وتناسبها مع متطلباتها.
- 2- محاولة الكشف عن مصادر المعرفة الكامنة لدى العاملين، وتقديم الحوافز لتشجيع العالمين على تحسين أدائهم.
- 3- تحليل المحتوى المعرفي المتاح للمؤسسات الصحية من مصادره الداخلية والخارجية، ومحاولة التوافق بين مكوناته، وتنسيق اتجاهاته بالتوافق مع التوجهات الاستراتيجية للجامعات.
- 4- تنمية سبل التفاعل والتبادل المعرفي بين أعضاء المؤسسات الصحية من خلال قنوات الاتصال التنظيمية المختلفة، ومتابعة تحديث الرصيد المعرفي بنتائج وحصيلة هذا التفاعل.

- 5- إدماج المعرفة المتاحة في تصميم الأعمال وخطط الأداء وتحديد مهام العاملين بحيث توضع المعرفة في الاستخدام الفعلي، ويتم تنميتها وتجديدها باستمرار.
- 6- تعميم المعرفة المتاحة بين قطاعات المؤسسات الصحية ومستوياتها المختلفة ونقلها إلى الخارج من خلال نشرها بين العملاء وتكوين قاعدة معرفية عريضة تمثل المستوى التقني والإداري المتطور الذي تتمتع به المؤسسات الصحية.

15.2.2 متطلبات تطبيق إدارة المعرفة

لتطبيق إدارة المعرفة في المؤسسات لابد من وجود متطلبات أساسية تجعل من المعرفة وتنظيمها وتقاسمها وتطبيقها أمراً ممكناً وسهلاً، فمن أهم المتطلبات التي تساعد المؤسسات على نجاح تطبيق إدارة المعرفة منها:

- 1- توفير التزام الإدارة العليا لتطبيق إدارة المعرفة من خلال تشجيع المديرين لجميع أنواع السلوك المناسبة لإدارة المعرفة بين العاملين.
- 2- إدارة العلاقة بالزبائن من خلال إقامة علاقات حسنة مع الزبائن، من حيث المعرفة للتفاعل مع متطلبات الزبائن والتغذية الراجعة التي يقدمونها.
- 3- استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في إدارة المعرفة يساعد في إيجاد المعرفة وتنظيمها وتقاسمها وتطبيقها.
- 4- العاملون وثقافة المؤسسة فالمعرفة موجودة بقسم كبير في أذهان العاملين، فأية مؤسسة تضم بالدرجة الأولى العاملين فيها ثم الموارد والمواد والعمليات.

حيث يكمن رأس المال البشري في العاملين داخل المؤسسة أما رأس المال البنيوي في الموارد الداخلية مثل قواعد البيانات والبنية والطرائق المؤسسية، ورأس المال الزبائني الذي يضم الزبائن والموردين في السوق.

إن دور إدارة الموارد البشرية أن تقوم بتوظيف الفكرة العاملة المعرفية، وتدريبها وقياس أدائها وتطويرها ثم مكافئتها، فكلما تم تنفيذ هذه المتطلبات على أكمل وجه كان تأثيرها أكبر في إدارة معرفة المؤسسة، ونثمر جهودها بشكل أكبر في خلق ثقافة المعرفة.

أما الثقافة المؤسسية تتكون من الفرضيات والقيم والمعتقدات التي تساعد في القدرة في اتخاذ القرارات، وحتى يتم توليد ثقافة مؤسسية تعاونية لإدارة المعرفة يجب توافر عنصران:

- أن يتوافر داخل المؤسسة مناخ داعم للتعلم وممارسة إدارة المعرفة من خلال مشاركة العالمين في خلق المعرفة وتقاسمها بإحداث تغيير في العقلية الثقافية التقليدية للمؤسسة وتحويلها إلى مفهوم تقاسم المعرفة بدلا من اختزان المعرفة.
- تحفيز الأفراد ودفعهم إلى أن يتشاركوا في المعرفة.

5- قياس نتائج إدارة المعرفة:

إن إدارة المعرفة لا يجب النظر إليها على أنها إنفاق، بل إنها استثمار يعود بالفوائد على المؤسسة وهذه الفوائد تقاس بقيمة عوائد الاستثمار.

إن عملية قياس المعرفة مهمة صعبة وتواجه بعض التحديات الهامة أساسها (كصعوبة تقدير القيمة المعرفية للفرد ورأس ماله الفكري، والشبكات ودمجها مع معارف العاملين) (نيويورك - الامم المتحدة، 2004).

من خلال ما سبق تضيف الباحثة بعض العناصر اللازمة لمتطلبات تطبيق إدارة المعرفة وهي:

- 1- أن يتم تخصيص ميزانية كافية لتمويل ودعم إدارة المعرفة
- 2- تدريب العاملين داخل المؤسسات على عمليات إدارة المعرفة حتى تكون المعرفة لجميع أفراد المؤسسة.
- 3- تحفيز العاملين على توليد معارف جديدة للمؤسسة من أجل التشجيع على الإبداع باستغلال رأس المال الفكري لدى العاملين.

16.2.2 العلاقة بين إدارة المعرفة والمعلومات

دمجت إدارة المعرفة بين التقنية والإنسانية، والحسية والافتراضية، والحوار المكاني بالتراسل الإلكتروني، والمعرفة المتراكمة التي تمتد جذورها في أرض المنظمة بالمعرفة والخبرة التي يجري استيرادها بوسائل شرعية وحررة عبر القنوات الإلكترونية أو بالأدمغة التي يتم استقطابها وشراؤها بغض النظر عن الجنسية واللون والعرق. (أبو النصر، 2008)

إن المعلومات مرتبطة بمصطلح البيانات من جهة، وبمصطلح المعرفة من جهة أخرى، وإن المعرفة هي حصيللة مهمة ونهائية لاستخدام واستثمار المعلومات من قبل صناع القرار والمستخدمين، الذين يحولون المعلومات إلى معرفة وعمل مثمر يخدمهم ويخدم مجتمعاتهم.

فالعلاقة بين إدارة المعرفة والمعلومات في المنظمات المعاصرة تتبلور في العديد من التقسيمات والأعمال الوظيفية، مثلا عمل المعلومات أو العاملين في مجال يكون في الإطار الذي يشتمل على توليد وتأمين ومعالجة المعلومات ويتم التمييز بين العاملين في مجال المعلومات من خلال :

أ- العاملون مع البيانات الذين يحولون البيانات إلى معلومات، حيث يكرسون عملهم بشكل أساسي على معالجة وبحث وتوزيع المعلومات مثل العاملين في مجال السكرتارية والعاملين في مجال المبيعات، وحفظ السجلات، وتهيئة الرسوم والخرائط والمخططات الأولية.

ب- العاملون مع المعرفة الذين هم بالأساس يولدون ويؤمنون المعرفة من خلال الاستثمار الأمثل للمعلومات التي يحصلون عليها من العالمين في مجال البيانات، ومن أمثلة العاملين في مجال المعرفة : الباحثون، والمصممون، والمهندسون والمعماريون، والكتاب.(العلي وقنديلجي والعمرى،2006).

ويمكن تلخيص العلاقة بين إدارة المعرفة والمعلومات من وجهة نظر الباحثة في أن إدارة المعرفة والمعلومات ليستا ظاهرتين جديدتين، فالمعلومات موجودة في كل زمان ومكان لكنها مستقلة من الأشخاص، بينما إدارة المعرفة مرتبطة بالشخص ذاته ولكنها بالأساس تعتمد على وجود المعلومات فهما مصطلحان مختلفان رغم ارتباطهما معا.

كما أن إدارة المعرفة وتطبيقها داخل المؤسسة الصحية سيكون لها أهمية كبيرة، حيث تعتبر رأس مال ويحقق قيمة فعلية للمؤسسة مستقبلا.

فرغم اختلاط مصطلح المعرفة بالبيانات والمعلومات يمكن أن يتم التوضيح بشكل أدق من خلال المثال التالي، إن مريضا يزور الطبيب المعالج، وفي أثناء عرض شكواه عن المرض الذي يعاني منه يحصل منه الطبيب على قدر من المعلومات، بعض من هذه المعلومات تكون هامة بالنسبة للطبيب لتشخيص المرض، غير أن هناك معلومات أخرى ليست لها علاقة بتشخيص المرض، ومن ثم تصبح بالنسبة للطبيب بمثابة بيانات، ويربط الطبيب بين ما حصل عليه من معلومات بقاعدة المعرفة لديه لعله يتمكن من تشخيص المرض ووصف العلاج المناسب.

وعندما لا يجد الطبيب المعلومات الكافية التي تمكنه من تشخيص المرض، فإنه قد يطلب من المريض إجراء بعض التحاليل.

وعند إجراء التحاليل يحصل الطبيب على قدر من المعلومات التي تساعده على تأكيد أو عدم تأكيد افتراضاته حول تشخيص المرض بعد أن يربطها بتائج تحاليل المختبر، ويشير ذلك أن الطبيب ينتقل في حركة ديناميكية بين البيانات والمعلومات والمعرفة.

فالبيانات هي رموز مجردة يتم تحويلها عن طريق عملية التشغيل إلى معلومات، أي رموز ذات دلالة استنادا إلى معايير تتيحها قاعدة المعرفة، وعن طريق الدمج بين المعلومات وقاعدة المعرفة يتم خلق معرفة جديدة تضاف بدورها إلى قاعدة المعرفة القائمة. (العلواني، 2001)

17.2.2 علاقة إدارة المعرفة برأس المال الفكري

إن العلاقة بين إدارة المعرفة ورأس المال الفكري كما أوردها (الفضل، 2009) أن رأس المال الفكري يعتبر المورد الذي يستخدم لخلق وتطبيق المعرفة اللازمة لتعزيز قيمة المؤسسة، وبذلك فإن الأساس المنطقي الذي يقوم عليه يتمثل في قدرته على خلق القيمة التي تعد قلب الإدارة الاستراتيجية.

مكونات رأس المال الفكري غير المادية هي :

- الأصول البشرية التي تحتوي على المعرفة والمهارات، والإبداع والخبرة فيكون رأس المال البشري من مزيج المهارات والقدرات والمعرفة بالإضافة إلى الخبرة السابقة أو المكتسبة من خلال العمل.
- الأصول الفكرية وهي المعلومات والمذكرات المكتوبة والإرشادات والمنشورات.
- الملكية الفكرية وهي براءات الاختراع وحقوق الطبع والعلاقات التجارية، أي كل ما يمكن حمايته قانونيا.
- الأصول الهيكلية وتشمل الثقافة والنماذج التنظيمية والعمليات والإجراءات وقنوات التوزيع.
- رأس مال العلاقات وهو يعكس طبيعة العلاقات التي تربط المنظمة بعملائها ومورديها ومنافسها، أو أي طرف يساعد في تطوير وتحويل الفكرة إلى منتج أو خدمة. (حسن، 2005)

18.2.2 استراتيجيات إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية

تستخدم المؤسسات المعرفة والمعلومات كأداة لتحقيق أهدافها ورسالتها وتعزيز القدرات والإمكانات المادية والمعنوية، وبناء استراتيجيات تدعم إدارة المعرفة وتعمل على تطبيق كافة أساليب الإدارة المعرفية والمعلوماتية فيها (Zack, 1999) كما ورد في (حمود، 2010) وتسمى المؤسسات الحديثة سواء كانت حكومية أو خاصة إلى تطوير إطار عام ونماذج استراتيجية تسمى باستراتيجية المعرفة من خلال جمع الآليات والنشاطات التي تعمل على ربط عمليات إدارة

المعرفة وأدواتها والتكنولوجيا والنماذج التنظيمية مع استراتيجيات المنظمة المختلفة حيث تشكل نظاما متكاملًا يهدف إلى دعم نقاط القوة في المنظمة وعلاج نقاط الضعف.

كما تحتاج استراتيجية المعرفة تحليل الفجوة المعرفية للمؤسسة من أجل معرفة ما تملكه المؤسسة من معرفة وما تطبقه وإحداث توازن في تبني الاستراتيجية المعرفية من جهة، والتوازن مع متطلبات البيئة الخارجية من جهة أخرى.

فكلما كانت المؤسسة قادرة على إدارة مصادر المعرفة والمعلومات واستثمار ما لديها من مصادر معلوماتية ومعرفية، كانت استراتيجيتها وسياساتها متكاملة وفعالة، بالتالي يحدث تقليص بالاستراتيجية ورفع مستوى الأداء بكفاءة (حمود، 2010).

ويؤكد (نجم، 2005) بأن إدارة المعرفة تولد معرفة جديدة التي تكون مصدرا فعالا للميزة التنافسية التي تركز عليها الاستراتيجية فإن الاستراتيجية رغم ارتكازها على المعرفة إلا أنها تظل تعمل كموجه أساسي لإدارة المعرفة بين الابتكار أو إنشاء معرفة جديدة. أما (الزيادات، 2008) فقد حدد ثلاث استراتيجيات لإدخال إدارة المعرفة في المنظمات وهي على النحو الآتي:

1- استراتيجية النمو التدريجي في استخدام إدارة المعرفة: يمكن استخدام هذه الاستراتيجية بشكل تدريجي أي عندما تكون أوضاع المنظمة مناسبة والأفراد المعنيون يتمتعون بمستوى عال من الاهتمام.

2- استراتيجية الترووي والحذر: يتم تطبيقها بشكل تدريجي وبترووي وحذر على جزء معين في المنظمة، ومن ثم تطبيق على نطاق أوسع ووفق الحاجة حيث تسعى هذه الاستراتيجية إلى توفير موارد تحتاجها المنظمة وتعمل على تطبيق إدارة المعرفة كما تقلل المخاطر وتحقق مكتسبات تنافسية.

3- استراتيجية دعم وجهات النظر المتقدمة والفاعلة تعد هذه الاستراتيجية جزءا من محاولة واسعة تهدف إلى تجديد المنظمة وتقويتها من خلال وجود إدارة إبداعية تتطلع إلى الإمام.

وترى الباحثة أن استخدام استراتيجية إدارة المعرفة داخل مؤسسات القطاع الصحي تساعد على نجاح إدارة المعرفة فيها من خلال مايلي:

1- توضيح رؤية ورسالة وأهداف المؤسسة الصحية وربطها باستراتيجية إدارة المعرفة.

2- استخدام التخطيط الاستراتيجي في وضع خطط طويلة الأجل.

- 3- التعرف على ما تمتلكه المؤسسة الصحية من معارف وما ينقصها أو ما تحتاجه من هذه المعارف.
- 4- أن يتم استغلال الشكاوى والمقترحات من قبل متلقي الخدمة من أجل توظيفها لتوليد معارف جديدة.
- 5- استخدام استراتيجية إدارة المعرفة يساهم في اتخاذ القرارات الإدارية ويساهم وضع حلول للمشكلات.

19.2.2 التحديات التي تواجه إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية

يحدد (santous 2001) كما ورد في (حمود، 2010) المشكلات والصعوبات التي تواجه برامج إدارة المعرفة بما يلي:

- 1- الثقافة التنظيمية : إن اختلاف قيم وعادات الأفراد قد لا يدعم المشاركة في المعرفة والمعلومات رغبة منهم في امتلاك القوة والقدرة في التأثير على الآخرين، فلا بد للمنظمة أن تتبنى ثقافة تنظيمية تعاونية تشجع التبادل المعرفي والمعلوماتي.
- 2- الأساليب التكنولوجية: تحتاج إدارة المعرفة والمعلومات إلى تبني أساليب وبرامج إلكترونية حديثة وتكون هذه الأساليب مكلفة مما يحد من مدى التطور في استخدامها من قبل المنظمة.
- 3- التغيير والتحديث: تطور وتغيير المعلومات بصورة سريعة يحتاج إلى تحديث بشكل مستمر يتناسب مع معطيات وظروف البيئة التنظيمية الداخلية والخارجية، كما أن اختلاف طبيعة المعلومات (كمية ونوعية) يتطلب تبني أساليب مختلفة للتعامل معها، وكل ذلك يحتاج إلى جهود وموارد كبيرة ومكلفة.
- 4- التمييز بين أنواع المعلومات : داخل المنظمة يوجد معلومات كثيرة لكن لا بد أن تتساوى مع جودتها، وأن تعكس المعنى الصحيح لها.
- 5- الاستراتيجيات التنظيمية والفلسفة الإدارية قد تقف عائقا امام تدفق المعلومات ونشر المعرفة داخل المنظمة حيث يعتبر هذا من أهم العوامل والتحديات التي تؤثر في جوهر الإدارة المعرفية.

20.2.2 مشكلات وإخفاقات إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية

تبدو المعرفة بمثابة ضمانة ضد الفشل على اعتبار أن الفرق بين القرار الرشيد وغير الرشيد هو فرق في الكمية المتاحة من المعلومات أو المعرفة لكل منها، لذلك فإن إدارة المعرفة نجاحاتها كما لها إخفاقاتها، وهذا لا يعود فقط لوجود إدارة فعالة وكفاءتها تمثل عاملاً مرجحاً من أجل النجاح، بل ولأن إدارة المعرفة لا زالت تسعى إلى إرساء مفاهيمها وممارساتها الأفضل لتحسين أدائها وزيادة رافعتها وتعظيم نتائجها الإيجابية.

وتقدر حالات الإخفاق ما بين (50-70%) من مشروعات إدارة المعرفة وتعود الأسباب إلى ما يلي:

- أ- أن إدارة المعرفة تعول كثيراً على التكنولوجيا دون أن تهتم بشكل عميق إن كان النظام المقترح لإدارة معرفة الشركة ملائماً لحاجتها وأهدافها.
- ب- نقص دعم والتزام الإدارة العليا بإدارة المعرفة.
- ج- عدم تقديم الحوافز للأفراد المستخدمين في إدارة المعرفة. (نجم، 2008)

من وجهة نظر الباحثة وما أجرته من مقابلات استطلاعية في مؤسسات القطاع الصحي الخاص فقد تبين عدد من المعوقات والمشكلات التي تحول دون تطبيق إدارة المعرفة في مؤسسات القطاع الصحي بما يلي:

- 1- الإدارة العليا داخل المؤسسة تكون عائقاً لإدارة المعرفة من خلال رفضها للتغيير أو توليد معارف جديدة.
- 2- ضغوطات العمل الموكلة للموظفين تعيق من عملية اكتساب أو توليد المعرفة وعدم أخذ إدارة المعرفة كعامل أو أسلوب لتطوير الكوادر البشرية داخل المؤسسة.
- 3- عدم تحديد ميزانية (موارد مالية) مخصصة لإدارة المعرفة، خلال التخطيط أو وضع ميزانيات الأقسام الأخرى مما يحد من تطبيق المعرفة.
- 4- الأوضاع السياسية والاقتصادية التي يمر بها الشعب الفلسطيني، وما ينعكس عليه من آثار نفسية واجتماعية واقتصادية تعيق من تطور الفكر البشري للإبداع، وتجعله ينشغل بتحقيق المستوى المطلوب منه فقط.
- 5- عدم إشراك جميع الموظفين العاملين في القطاع الصحي بإدارة المعرفة واقتصارها على فئة محددة من الموظفين وبالتالي عدم إتاحتها ونشرها.

6- احتكار المعرفة وبقاؤها في رؤوس الأفراد وخاصة المعرفة الضمنية، وقد يعود ذلك لعدم وجود تحفيز على الابتكار والإبداع، وعدم شعور الموظفين بالأمان الوظيفي، وخاصة الموظفين الذين يعملون لفترة قصيرة داخل المؤسسة.

7- عدم رغبة بعض العاملين بالبحث عن المعرفة وإنما الحصول عليها جاهزة، أو عدم تطبيقها في نطاق العمل مثل (أخذ تدريبات وورشات) وعدم استغلالها في تطوير الأفكار من ناحية عملية.

وترى الباحثة من خلال الاطلاع على ما كتب في هذا المجال وجود عوامل لإنجاح إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية الخاصة تشمل على ما يلي:

- 1- أن تقوم الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بتقديم الدعم الإداري والمادي لنظام إدارة المعرفة.
- 2- أن يتم ربط أهداف المؤسسات الصحية ورسالتها ورؤيتها بنظام إدارة المعرفة.
- 3- تحفيز العاملين من أجل المشاركة بتشخيص وتوليد واكتساب وتخزين وتوزيع واستخدام المعرفة إما من خلال الحوافز المادية والمكافآت أو الحوافز المعنوية.
- 4- أن يكون الاهتمام داخل مؤسسات القطاع الصحي بالعنصر البشري أولاً؛ لأنه المصدر الأساسي في توليد المعرفة ك رأس مال بشري وفكري، من خلال تدريبه على عمليات إدارة المعرفة.

21.2.2 قياس مدى فاعلية إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية

إن المؤسسة التي تطبق إدارة المعرفة تسعى إلى تحقيق أهداف استراتيجية، التي من أهمها تحقيق الميزة التنافسية، وزيادة حصتها الإنتاجية في السوق، وبالتالي تنعكس إيجابياً على حجم مبيعاتها وأرباحها.

فمن خلال معرفة درجة تطبيق الأهداف المتحققة يمكن قياس مدى فاعلية إدارة المعرفة كما يمكن قياسها من خلال مؤشرات الأداء الرئيسية والفرعية، كما يمكن التعرف على مدى فاعلية إدارة المعرفة من خلال بعض التساؤلات:

- هل أدت المعرفة إلى تحقيق الميزة التنافسية؟
- هل أسهمت في تحقيق الفاعلية والكفاءة؟
- هل أسهمت في دقة العمل ؟
- هل أسهمت في السرعة بالعمل ؟

- هل أسهمت في زيادة رضا العميل؟
- هل انعكست آثارها إيجاباً على سلوك العاملين؟ (الملكاوي، 2007)

أما (العريبي، 2004) في ورقة قدمها لمؤتمر إدارة المعرفة في العالم العربي فقد حدد الأسلوب المعياري الممكن لقياس وعرض رأس المال المعرفي بما يلي :

- 1- عرض وسائل الرقابة في المؤسسات باستخدام أسلوب بطاقات النقاط المتوازنة مع المؤشرات
- 2- تقسيم رأس المال المعرفي إلى الفئات الثلاثة الآتية :
 - أ- رأس المال البشري (معارف الأفراد، الخبرات، براءات الاختراع)
 - ب- رأس المال الهيكلي (نظم المعلومات، قواعد البيانات، الأصول الأخرى)
 - ج- رأس مال العملاء (علاقات العملاء، العلاقات التجارية)
- 3- عرض الأصول غير الملموسة كمؤشرات مالية.

حدد كل من (العداري والدعيمي، 2010) مؤشرات لعمليات المعرفة:

أولاً: مؤشرات إنتاج المعرفة

- 1- النشر العلمي
- 2- براءات الاختراع
- 3- إعداد العاملين في إنتاج المعرفة والعاملين في البحث والتطوير .
- 4- الإنفاق على البحث والتطوير .
- 5- مؤسسات البحث والتطوير .

ثانياً: مؤشرات نشر المعرفة :

يرتبط مؤشر نشر المعرفة بالتكنولوجيا والجانب الاقتصادي والسياسي

ثالثاً: مؤشرات توظيف المعرفة (مؤشرات الاندماج):

- 1- سياسات نقل التقنيات وتوظيفها في الوطن العربي .
- 2- الروابط بين مؤسسات البحث العلمي والقطاعات الإنتاجية .
- 3- حاضنات الأعمال والتقانة .

1.3 المبحث الثاني: الإطار النظري المتعلق بالقطاع الصحي الخاص والأهلي

3.3 واقع القطاع الصحي

يشهد القطاع الصحي في الوطن العربي حركة تغير وتطور هائلة وسريعة تتمثل في تحديث تكنولوجيا العمل وأساليبه، وتحسين وتجديد الخدمات والسلع المقدمة وما يتبع ذلك من خدمات أخرى، وفي المقابل حركة تطور تسير أبطأ تتمثل في بناء السياسات العامة والاستراتيجية وبناء الهياكل التنظيمية السليمة وثقافة العاملين.

فالمؤسسات الصحية في القرن الحادي والعشرين تواجه تحديات ضخمة، تتمثل في المنافسة الداخلية والخارجية، خاصة في ظل ما يطلق عليه بالعولمة وباتت تلك المؤسسات تتعامل مع تكنولوجيا تتقدم بسرعة، وتعمل في عالم يسوده حالة من الغموض وعدم التأكد، ومؤسسات باتت تواجه نظرة مستجدة للموارد البشرية فيها باعتبارها أعلى الأصول والموارد.

فالمؤسسات الصحية في القرن الحادي والعشرين تختلف عن مؤسسات القرن العشرين، فهي مؤسسات قوية تمتاز بقوى بشرية قوية سواء على مستوى القيادات أو على مستوى العاملين (المؤتمر العربي الخامس، 2006)

1.3.3 مفهوم القطاع الصحي

عرفت منظمة الصحة العالمية القطاع الصحي والمركز الصحي على أنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين، والقيام ببحوث اجتماعية حيوية. (ذياب، 2009)

أما القطاع الصحي الخاص كما عرفه (البدو، 2003) إنه كل مؤسسة علاجية استوفت الشروط القانونية والطبية والعلاجية، الذي يمارس فيها فن الطب، وهو المكان الذي يدخله المرضى للاستشفاء عن طريق أطباء ومجموعة من المتخصصين والأجهزة في شتى فروع الرعاية الصحية التي يحتاجها المريض.

ومن وجهة نظر الباحثة ومن خلال مجال عملها في القطاع الصحي فإن القطاع الصحي الخاص والأهلي، هي المؤسسة التي تقدم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية للمرضى بإشراف

طاقم متخصص من الأطباء والتمريض والصيدلة وأقسام الإشراف والإدارة؛ من أجل تقديم خدمات متكاملة، إضافة إلى التخصص في مجالات محددة كطب العيون أو الجراحة وغيرها.

2.3.3 القطاع الصحي في فلسطين

في فلسطين فإن للقطاع الصحي خصوصية نتيجة الصعوبات والتحديات الكثيرة خلال سنوات الاحتلال وخاصة منذ عام 1967 وحتى بداية أواخر عام 1994.

فخلال فترة الاحتلال الإسرائيلي، كانت الخدمات الصحية تدار من قبل الاحتلال الإسرائيلي، أما بعد تسلم السلطة الوطنية للخدمات الصحية في أواخر سنة 1994، عقب اتفاقية أوسلو، عملت وزارة الصحة على فتح مراكز رعاية صحية أولية جديدة، وتطوير المراكز الموجودة سابقاً، كما عملت على زيادة سلة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وذلك بتمويل من الدول المانحة.

وبعد اندلاع انتفاضة الأقصى في أيلول/سبتمبر سنة 2000م تأثرت سلة الخدمات الصحية بالأوضاع والأحداث؛ نتيجة الإغلاقات والإصابات المتزايدة، وتدهور الأوضاع الاقتصادية، كل ذلك أثر سلباً في المؤسسات الصحية، وفي قدرة المراكز الصحية على تقديم الخدمات النوعية للمواطنين، كما أثر على وصول المرضى من القرى إلى المدن نتيجة الإغلاقات الإسرائيلية على الشعب الفلسطيني. (منظمة الصحة العالمية، 2006)

وتعد وزارة الصحة المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية الثانوية (المستشفيات) في فلسطين من حيث إنها تملك وتدير (3,002) سرير موزعة على 25 مستشفى في جميع محافظات الوطن، وذلك من أصل (76) مستشفى عامل في فلسطين بسعة سريرية تبلغ (5,108) أسرة، منها (51) مستشفى في محافظات الضفة الغربية بسعة سريرية قدرها (3,061) سريراً وبنسبة (59,9)% وباقي الأسرة في محافظات قطاع غزة.

وبالإضافة إلى وزارة الصحة فإن المنظمات الأهلية تملك (28) مستشفى بسعة (4,951) سريراً، ويملك القطاع الصحي الخاص ويدير 20 مستشفى منها، بسعة سريرية مقدارها (470) سريراً، أي ما نسبته (9,3)% من مجموع أسرة المستشفيات في فلسطين.

أما وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين فتملك مستشفى واحداً في محافظة قلقيلية بسعة تبلغ (63) سريراً .

والخدمات الطبية العسكرية تملك مستشفيات، الاثنتين في قطاع غزة بسعة سريرية قدرها (72) سريراً .(وزارة الصحة،2011)

دلّت المؤشرات الصحية في فلسطين للجهاز المركزي الفلسطيني للعام 2008 إلى أن عدد الأطباء البشريين المسجلين لدى نقابة الأطباء في الضفة الغربية بلغ 2,941 طبيباً ، بمعدل 0,8 طبيب لكل 1000 من السكان، فيما بلغ عدد الأطباء البشريين المسجلين لدى النقابة في قطاع غزة 3,452 طبيباً في العام 2007، بمعدل 2.4 طبيب لكل 1000 من السكان، وهناك 1.5 ممرض لكل 1000 من السكان في الضفة الغربية في العام 2008، و3,2 ممرض لكل 1000 من السكان في قطاع غزة للعام 2007 وبلغ معدل القابلات في الضفة الغربية 5.16 قابلة لكل 1000 في العام 2008، وقابلة قانونية لكل 1000 من السكان في قطاع غزة في العام 2007.

وأشارت بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2007 أن عدد المستشفيات العاملة في الأراضي الفلسطينية بلغ 77 مشفى بواقع 53 مشفى في الضفة الغربية و 24 مشفى في قطاع غزة، موزعة على النحو الآتي: 24 حكومياً، 25 غير حكومي(مراكز ومؤسسات أهلية)، 25 خاص، 2عسكري، ومشفى واحد تابع لوكالة الغوث في حين بلغ عدد الأسرة 5,067 بمعدل 1,3 سرير لكل 1000 مواطن موزعة بواقع 2,939 سريراً في الضفة الغربية و2,128 سريراً في قطاع غزة. وأشارت البيانات أن عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية بلغ 665 مركزاً صحياً بواقع 532 في الضفة الغربية و 133 في قطاع غزة، موزعة على النحو الآتي : 414 حكومياً، 198 تابعا للمنظمات غير حكومية و 53 تابعا لوكالة الغوث.

أما توزيع الكوادر العاملة في القطاع الصحي حسب التقرير الصحي السنوي 2010 فقد بلغ عدد العاملين في القطاعين الحكومي و غير الحكومي في فلسطين (519, 24) موظفاً موزعين على المهن الطبية، وبلغ معدل الأطباء (20 طبيب لكل 10,000) نسمة من السكان، كما بلغ معدل أطباء الأسنان (5 أطباء أسنان لكل 10,000) ومعدل الصيادلة (10 صيادلة لكل 10,000) نسمة من السكان، وبلغ معدل التمريض والقابلة (17,3) و (1,4) على التوالي لكل 10,000 نسمة من السكان.(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2009)

ومن وجهة نظر الباحثة يشكل القطاع الصحي الخاص والأهلي في فلسطين جزءاً أساسياً في تقديم الخدمات الصحية، وقد زاد إنشاء المؤسسات الصحية الخاصة في فلسطين في الفترات الماضية نتيجة المعاناة والأزمات وعدم كفاية القطاع الصحي العام بسبب ازدياد المرضى وازدياد عدد السكان، إضافة إلى الأحداث التي شهدتها وما زالت تشهدها فلسطين نتيجة الاحتلال الإسرائيلي، دفع بالمؤسسات الخاصة والأهلية بناء مستشفيات ومراكز صحية من أجل تسهيل حركة التنقل على المرضى والتقليل من المعاناة بعدم السماح لهم بالمرور على الحواجز وفقدان حياة العديد من المرضى قبل الوصول إلى المستشفيات سواء الخاصة أو العامة.

3.3.3 الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص والأهلي الفلسطيني

من خلال المقابلات الاستطلاعية التي تم إجراؤها مع بعض الموظفين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، فإن الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص والأهلي تشمل على :

خدمات علاجية في تخصصات مختلفة، فبعضها يختص بالجراحة أو الولادة أو العظام وغيرها، لكن الخدمات المقدمة تكون مخصصة لفئة محددة مقابل ثمن من متلقي الخدمة على عكس القطاع الصحي الحكومي، الذي يحتوي على خدمات وقائية وعلاجية مجانية نظراً لدعم الحكومة له كقطاع حكومي.

كما أن القطاع الصحي الخاص والأهلي يعمل على برامج الوقاية من بعض الأمراض والارتقاء بتنوع الخدمات وتعزيز الصحة التي لا تتوافر في القطاع الصحي الحكومي.

4.3.3 أهمية القطاع الصحي

إنّ الرعاية الصحية أصبحت أحد مرتكزات تحقيق الأمن الوطني؛ لما لها من تأثير في الثروة البشرية التي تعتبر أحد ضمانات استراتيجية التنمية في الدولة. لذلك فإن الدولة لا تدخر جهداً لتطوير خدماتها الصحية والارتقاء بمستواها.

فالاستثمار في الرعاية الصحية يتطور بشكل مستمر، على اعتبار أنه من قوى الدفع الرئيسية في قطاع الأعمال، ولذلك توفر الغرفة التجارية الرعاية لمؤسسات وشركات القطاع الخاص وتسهم في تحقيق الرخاء الاقتصادي، من خلال تعزيز الشراكة ما بين القطاعين العام والخاص، وتسهيل الضوء

على فرص الأعمال المتميزة والمناخ الاستثماري الفريد الذي يتاح للمستثمرين.(منتدى الاستثمار في الصحة والتنمية، 2009).

يعدّ القطاع الصحي الخاص والأهلي مهما في المجال التنموي والمجال الإقتصادي، فتوافر الخدمات الصحية للمواطن أمر ضروري وأساسي حتى يستطيع العيش وممارسة حياته بصورة طبيعية إلى حد ما، كما أن دور القطاع الصحي الخاص والأهلي في المجال الاقتصادي زاد من خلال استقطاب العاملين للقطاع الصحي الخاص والأهلي وخاصة خلال فترة الانتفاضة وازدياد التوجه لدى الطلبة للإقبال على الدراسة الأكاديمية (الطبية، التمريض، الأشعة، الصيدلة)، ازدياد المستشفيات الخاصة والمراكز الخاصة لخصوصية وضع فلسطين وخاصة في الانتفاضة الثانية.

وفي بيانات الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة في فلسطين (وزارة الصحة، 2007) فقد شهد الاقتصاد الفلسطيني في السنوات الأخيرة تدهوراً حاداً، خاصة مع بداية الانتفاضة الثانية الذي تمثل بشكل واضح في انخفاض معدل الناتج القومي للفرد من 1,612 دولار أمريكي عام 1999 إلى 1,129 دولار أمريكي عام 2006، وما ترافق مع ذلك من إنحصار دور القطاع الخاص حيث أصبح القطاع العام هو المشغل الرئيسي للقوى العاملة في فلسطين وارتفعت نسبة البطالة بين القوى العاملة الشابة لتصل إلى أكثر من 60%.

وقد واجه القطاع الصحي عامة ووزارة الصحة خاصة أزمة مالية ازدادت حدة بعد أن أوقفت إسرائيل عام 2006 تحويل إيرادات الضرائب للسلطة، وتزامن ذلك مع إنخفاض حاد في المساعدات الخارجية مما أدى إلى إنقطاع الرواتب وعدم قدرة وزارة الصحة على تأمين النفقات التشغيلية الأمر الذي أدى إلى:

- 1- ازدياد الاعتماد على المنح و المساعدات الدولية، التي أصبحت تشكل أكثر من 80% من النفقات التشغيلية لوزارة الصحة.
- 2- ازدياد دور القطاع الخاص في توفير وتقديم الخدمات الصحية خاصة في الضفة الغربية.
- 3- الارتفاع الكبير في الإنفاق على التحويلات إلى خارج مراكز وزارة الصحة، حيث بلغ عدد هذه الحالات عام 2005 حوال 30,000 حالة وبتكلفة زادت عن 60 مليون دولار، ذهب أكثر من 40% منها إلى المراكز الصحية خارج فلسطين.(منظمة الصحة العالمية، 2006)

5.3.3 إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص

- إن أهمية إدخال مبادرات منهجية لإدارة المعرفة في هذا القطاع تكتسب أهمية خاصة للأسباب الآتية:
- 1- المؤشرات الإيجابية في هذا القطاع التي تدل بوضوح على ازدهاره، فالنمو المضطرب للاستثمار في هذا القطاع سواء بإنشاء مستشفيات جديدة أو توسعة القائم منها وإضافة أسرة جديدة ومرافق طبية إضافية وبمواكبة التقنيات المتطورة واستخدامها.
 - 2- ما يفرضه إدخال التقنيات الحديثة من أساليب وطرق ترسيخ المعرفة المصاحبة والناجمة عن هذه التقنيات واستثمارها وتعميمها داخل المؤسسة الطبية الواحدة على الأقل وبما يعظم النفع منها سواء من حيث الميزة التنافسية أو الربحية.
 - 3- أن التقنيات الحديثة وحدها غير قادرة على تحقيق النجاح للمؤسسات الطبية العامة والمستشفيات خاصة إذ لا بد من تضافر الأدوات الأخرى معها ومنها الخبرات والمعارف المتراكمة في هذا القطاع.
 - 4- لقد أدى النجاح المستمر والمتنامي للمستشفيات إلى تراكم الكثير من الخبرات الطبية المتخصصة، سواء على مستوى الأطباء عامة أو أطباء الاختصاص تحديداً أو على مستوى بقية الكوادر الطبية الأخرى من تمريض وقبالة صيدلة ومختبرات. (ابوديه، 2004)

1.4 المبحث الثالث: الإطار النظري المتعلق بتطوير الأداء

4.4 مقدمة

تعمل المنظمات في القطاعين العام والخاص كافة على تطوير نظم الموارد البشرية لديها وخاصة ما يتصل منها بالأداء وتقييمه وأساليب التحفيز، وذلك من أجل مواجهة البيئة المغايرة التي تعيشها المنظمات، وبانت القدرة على التكيف في مواجهة المتغيرات المتلاحقة أمراً صعباً، وعليه سعت الإدارات العليا إلى تحسين إنتاجية العامل وزيادة كفاءته لتنمashi والتحديات التي فرضتها العولمة ولتستجيب التحديات المحيطة كافة.

إن عملية تقييم الأداء تعكس فاعلية التنظيم والاتصال، إذ إن أي قصور في تأدية الواجبات ينعكس سلباً على المجتمع، إن لدى المرؤوسين الحق في معرفة كيفية ادائهم مقارنة مع توقعات رؤسائهم، لتحديد الحاجة إلى التدريب والتطوير، خاصة أن التقييم يحدد مستويات أداء العاملين، كما أنها تتعامل مع أهم عناصر الإنتاج في المنظمة، ألا وهو العنصر البشري، لهذا فإن المنظمات توجه جل

اهتمامها نحو تزويد الأفراد بالمهارات والمعارف بعد تحديد حاجاته التدريبية من خلال نظم تقييم الأداء. (العقيل وعبد الحليم، 2007).

ويشير (Brush and Rruse, 2005) كما ورد في (ابو فارة، 2008) إلى أن كثيرا من المنظمات المعاصرة أصبحت تهتم بتضمين الأصول غير الملموسة (وعلى رأسها رأس المال البشري) في عملية التخطيط الاستراتيجي ضمن رؤية المنظمة ورسالتها وأهدافها، كما أن استخدام الكثير من هذه المنظمات لمدخل بطاقة القياس المتوازن ومدخل (بطاقة قياس الموارد البشرية) أصبح ضمانا أكيدة لتناول رأس المال البشري ضمن عملية التخطيط الاستراتيجي من بدايتها.

وكما أورد (السعودي، 2009) أن عملية الأداء وتقييمه من العمليات الإدارية الأساسية، ومن المواضيع الحساسة التي لا بد منها عند التفكير والتخطيط لعمليات التطوير في أية مؤسسة فمن خلالها تتمكن الإدارة العليا من تصميم وإعداد برامج تطويرية تتناسب مع ظروف المؤسسة واحتياجاتها وقدراتها الفعلية، وبدون إجراء تقييم لأوضاعها يصعب على المؤسسة إعداد خطط وبرامج مناسبة.

إن عملية الأداء تتعلق بشكل مباشر بالإنتاج سواء (منتج أو خدمة) كما يرتبط الأداء ببعض المفاهيم ومن أهمها مفهوما الكفاءة والفاعلية، حيث تشير الفاعلية إلى الأهداف المتحققة المحددة من قبل، بغض النظر عن التكاليف المرتبطة بها.

أما الكفاءة فتشير إلى المدخلات المستهلكة إلى المخرجات المتحققة. (المكاوي، 2009).

رغم الاختلاف حول مفهوم الأداء الذي ينبع من اختلاف المعايير والمقاييس التي تعتمد في دراسة الأداء وقياسه، التي يستخدمها المدراء والمنظمات ويرى هوفر (Hofer) أن هذا الاختلاف يعود لتنوع الأهداف والاتجاهات في دراسة الأداء (الغالبى وإدريس، 2007).

1.4.4 مفهوم الأداء

يعرف (ذياب، 2009) الأداء بأنه إتمام الموظف للمهام التي تم تحديدها له، كما أنه الاستعداد للعمل والنتيجة المترتبة عليه.

أما (Zahar and Pearce,1989) كما ورد في (الملكاوي، 2009) فيعرف الأداء بأنه النتائج المتحققة نتيجة تفاعل العوامل الداخلية والتأثيرات الخارجية واستغلالها من قبل المنظمة في تحقيق أهدافها.

وتعرف (الزيات،2010) الأداء بأنه ما يصدر عن الفرد من سلوك لفظي أو مهاري يستند إلى خلفية معرفية ووجدانية معينة ويكون عادة على مستوى معين يظهر فيه قدرته أو عدم قدرته على أداء عمل ما.

أما (المعاني، 2009) فقد عرف الأداء الوظيفي أنه درجة قيام العاملين في المؤسسات بإنجاز المهام الموكلة إليهم وتحقيق الأهداف التي تسعى إليها مؤسساتهم.

وعرف (التميمي،2009) كما ورد في (الجعبري،2010) أن الأداء الوظيفي هو عبارة عن مجموعات السلوكيات الإدارية المعبرة عن قيام الموظف بعمله وتتضمن جودة الأداء، حسن التنظيم، الخبرة الفنية المطلوبة في الوظيفة فضلا عن الاتصال والتفاعل مع بقية أعضاء المنظمة والالتزام باللوائح الإدارية التي تنظم عمله والسعي نحو الاستجابة لها بكل حرص. ومن وجهة نظر الباحثة فإن الأداء هو قدرة العاملين على القيام بجميع النشاطات والمهام والواجبات المقررة لهم داخل المنظمة على أكمل وجه بما يتفق مع أهداف المنظمة.

2.4.4 أهمية الأداء

يعد الأداء من المواضيع الإدارية المهمة التي ركز عليها الكثير من الكتاب والباحثين حيث تكمن أهمية الأداء كما حددها (الغالي وإدريس، 2007) كما في (ملكاوي، 2009) بما يلي.

- 1- تصميم البرامج الخاصة لتقويم وتدريب الموظفين من أجل تنفيذ النشاطات بأحسن صورة.
- 2- يشكل الأداء وسيلة مهمة لاختيار واختبار استراتيجية المنظمة.
- 3- من خلال النتائج المتحققة يتم الحكم على الأداء والاستراتيجية.

كما حدد (نياب،2009) عددا من أهمية وأهداف تقييم أداء العاملين في المؤسسات الصحية تلخص منها ما يلي:

- 1- رفع معنويات العاملين في المؤسسات الصحية وزيادة الثقة بين الإدارة ومختلف فئات العاملين.
- 2- الكشف عن القدرات والطاقات الكامنة لدى العاملين بمختلف المهن وتحفيزهم.

3- تحسين القدرات الكامنة لدى العاملين في مختلف الجوانب الفنية والإدارية والمهنية.

3.4.4 مفهوم تطوير الأداء

عرّف السلمي (2008) تطوير الأداء أنه ابتكار وإدخال مستويات جديدة وأعلى من الأداء، لم تكن موجودة من قبل وذلك من أجل إرضاء العملاء والتفوق على المنافسين ومواكبة التطورات التقنية والتسويقية.

وعرّف (كشواي، 2006) تطوير الأداء بأنه إعطاء الأفراد المعرفة والمهارات والخبرة اللازمة التي تمكنهم من القيام بأدوار ومسئوليات أكبر وذات متطلبات أكثر.

كما عرّف (النحاس، 2008) تطوير الأداء بأنه جهد مخطط يغطي المنظمة بكاملها وموجه من الأعلى؛ لزيادة تأثير صحة وسلامة المنظمة وذلك عن طريق تدخلات مخططة في بنية الإدارة والعمليات وباستخدام علوم الإدارة أو أية معلومات ومعارف أخرى تتعلق بذلك.

4.4.4 مبادئ تطوير أداء العاملين

إن تطوير قدرة العاملين على أداء المهام الموكلة إليهم بكفاءة وفعالية لا يتحقق إلا من خلال الالتزام بمجموعة من المبادئ كما حددها (الخطيب، 2001) كما ورد في (الصريرة، 2010).

1- التدريب : وهو عملية منظمة مستمرة محورها الفرد، تهدف إلى استخدام مجموعة من الأسس

والمفاهيم والأساليب التي تحدث تغيرات محددة سلوكية وفنية ومعلوماتية وذهنية يتطلبها الفرد أو الجماعة أو المنظمة، التي تزيد من معدلات أداء الفرد والجماعة لأعمالهم.

2- تحسين المناخ المادي للعمل : من خلال عمل المنظمة على توفير الشروط المناخية المناسبة

(كالإضاءة الجيدة، التهوية المناسبة، والحرارة المعتدلة وغيرها) مما يساعد العاملين على أداء

أعمالهم، إذ إن هناك علاقة بين المناخ المادي الجيد والقدرة على أداء العمل.

3- تحقيق التعاون : فمن خلال العمل الجماعي المتسم بروح الفريق الواحد سوف يسود التعاون،

الذي يحفز العاملين على تنفيذ أعمالهم بشكل فاعل حيث يتهيأ في المنظمة مناخ تنظيمي

مفتوح يزيد من معدلات الإنتاج.

5.4.4 أهداف تحسين وتطوير الأداء كما حددها (لاسل، 1998)

1- ان تكون خاصة مرتبطة بهدف واحد فقط، فكلمة (و) يجب أن لا تظهر مع أي هدف فتقليل التكلفة ودورة الوقت، هدفان وليس هدف واحد.

2- يمكن تحقيقها : وذلك عن طريق الأفراد القادرين على تحقيق أفضل النتائج والأفراد الذين يتم تدعيمهم ورفع مستوياتهم من أجل الأداء الجيد، فهم يمتلكون المهارات الضرورية اللازمة والموارد المطلوبة.

3- قياسية: تركز على الأهداف التي يمكن قياسها كمًا، أي تقليل وقت إعداد طلبات المبيعات بنسبة 75% خلال 12 شهرا.

4- واقعية : ويعني هذا أن تؤخذ في الاعتبار الأولويات الضرورية ومحددات الوقت والموارد، مما يعكس الأهداف الواقعية حقيقة واقعية ورغبات الزبائن وكذلك الضغوط التنافسية وليس الأحاسيس والمشاعر الداخلية لكل ما هو واقعي وحقيقي.

تحديد الوقت: إن الوقت عامل مهم فكل فرد مرتبط بالأولويات الموجودة ويدرك ما هو مطلوب منه كذلك الوقت المحدد لإنجاز كل ما هو مطلوب منه.

6.4.4 متطلبات تطوير الأداء

إن أية خطة لتطوير الأداء كما حددها النحاس، (2008) يقتضي أن تتضمن الاستراتيجيات الرئيسية التي تتم ترجمتها من خلال تدابير محددة تساعد على وضع منهجية العمل والإجراءات والنظم الخاصة بهيكلية ونشاط الإدارة والعنصر البشري على أن تكون تلك التدابير منسجمة مع مبادئ الإدارة الحديثة، ومن متطلبات تطوير الاداء:

- 1- تحديد دور الدولة.
- 2- اعتماد هيكلية إدارية فاعلة ومنتاسقة.
- 3- تعزيز القدرة على صنع السياسات الإدارية.
- 4- تبسيط وتحديث الإجراءات والنظم.
- 5- تعزيز العلاقة بين المواطن والإدارة.
- 6- التوافق بين الاستراتيجية الموضوعية للإدارة العامة وخطط الإصلاح الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

7- برمجة الأولويات وتسلسل الخطوات الهادفة للتطوير.

7.4.4 أبعاد الأداء المؤسسي

تولي منظمات الأعمال الأداء أهمية كبيرة توازي الإدارة الاستراتيجية، وأهميته تبرز من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية نظرية وتجريبية وإدارية، فمن الناحية النظرية يمثل الأداء مركز الإدارة الاستراتيجية، حيث يحتوي جميع المتطلبات الإدارية، ودلالات تختص بالأداء سواء بشكل ضمني أو بشكل مباشر، ويرجع السبب في ذلك إلى أن الأداء يمثل اختباراً زمنياً للاستراتيجية المتبعة من قبل الإدارة.

أما من الناحية التجريبية فإن أهمية الأداء تظهر من خلال استخدام أغلب دراسات وبحوث الإدارة الاستراتيجية لاختيار الاستراتيجيات المختلفة والعمليات الناتجة عنها في الأداء. والناحية الإدارية التي تظهر واضحة من خلال حجم الاهتمام الكبير والمميز من قبل إدارات المنظمات بالأداء ونتائجه، والتحولت التي تجري في هذه المنظمات اعتماداً على نتائج الأداء. (الغالبى وادريس، 2007).

8.4.4 معايير الأداء

المعايير هي المستوى المحدد من قبل الإدارة كنموذج لتقييم الأداء كما تستخدم كنقاط يمكن أن يقارن بها الأداء الفعلي، ويتم وضع معايير الأداء انطلاقاً من رسالة المنظمة وأهدافها وغاياتها لاستخدامها في قياس الأداء. (العبيري، 2009) كما ورد في (العبيري، 2010).

9.4.4 أنواع الأداء في المنظمات

تمارس المنظمة عادة نشاطها في مجالات أداء مختلفة كما حددها (حامد، 2007) وهي:

- 1- الأداء الاقتصادي : ويتم من خلال تطبيق المبادئ الاقتصادية والبيئية المحيطة بالمنظمة، ويتم قياسه باستخدام مقاييس الربحية بأنواعها المختلفة ويعتمد قياس الأداء الاقتصادي على سجلات ودفاتر المنظمة وكذلك ما تعده من قوائم وتقارير، فأدوات تقييم الأداء الاقتصادي هي التحليل المالي وبما يعتمد عليه من نسب ومؤشرات مالية.
- 2- الأداء الاجتماعي : يعد الأداء الاجتماعي لأية منظمة أساساً لتحقيق المسؤولية الاجتماعية، و يتميز هذا النوع من الأداء بنقض المقاييس الكمية المتاحة لتحديد مدى مساهمة المنظمة في المجالات الاجتماعية التي تربط بينها وبين الجهات التي تتأثر به مما يزيد من صعوبة إجراء التقييم الاجتماعي للأداء.

3- الأداء الإداري : يعتمد الأداء الإداري على الخطط والسياسات والتشغيل بطريقة ذات كفاية وفعالية، ويتم تحقيق ذلك بحسن اختيار أفضل البدائل التي تحقق أعلى المخرجات الممكنة، ويستخدم لتقييم الأداء الإداري الأساليب المختلفة كبحوث العمليات والبرمجة الخطية. كما يعتمد تقييمه على ضرورة استخراج وحساب مجموعة النسب والمؤشرات، وتقديم بيانات تحليلية وتفصيلية عن النتائج المحققة ومقارنتها بالفترات السابقة، ودراسة نتائج المقارنات السابقة، وتحديد أثر العوامل المختلفة على النتائج المحققة.

10.4.4 معايير ومقاييس تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي

تحتاج مؤسسات القطاع الصحي شأنها شأن المنظمات الأخرى الإنتاجية والخدماتية أن يتحسن ويتطور أداؤها بشكل مستمر وتطوير قدرتها الإنتاجية، ليس فقط لضمان بقائها في بيئة تنافسية ومتغيرة بل كذلك لتحسين قدرتها وفعاليتها.

فعد قياس وتقييم الأداء هناك أبعاد يجب أخذها بعين الاعتبار وهي :

1- تعتبر الإنتاجية في القطاع الصحي من المفاهيم المعقدة التي يصعب الاتفاق على تعريفها وقياسها بين الباحثين والمهتمين، وغالبا ما تستعمل كمرادف للكفاءة. إن تعريف وقياس إنتاجية المستشفى تعتبر قضية معقدة نظرا إلى التوقعات الفردية والمجتمعية حول ما يفترض أن تقوم به المؤسسات الصحية، وهو تحسين المستوى الصحي للمجتمع المخدم. وأن جزءا كبيرا من الصعوبة التي تواجهها قياس الإنتاجية هي مدى مساهمة المؤسسات الصحية في تحقيق هدف تحسين المستوى الصحي، وليس كم أيام الاستشفاء التي أنتجتها، أو عدد الإجراءات الطبية التي قام بها أو عدد المراجعين الذين تمت خدمتهم.

2- الكفاءة : وهي نسبة المدخلات إلى المخرجات، وتقاس الكفاءة بكلفة وحدة الإنتاج الواحدة /اليوم المرضي/الفحص المخبري/ كما تقاس بعدد العاملين، ونسبة إشغال الأسرة ومتوسط مدة الإقامة.

3- الرضا الوظيفي : تشير إذا ما كان العاملون يتبنون مواقف إيجابية تجاه أنشطة المستشفى وأعمالهم.

- ويقاس رضا الموظفين من خلال مواقف العاملين تجاه أعمالهم ومعدل ترك العمل.
- التأخير والتباطؤ في تنفيذ الأنشطة.
- عدد الشكاوى المرفوعة من العاملين.

4- الإبداع والتغيير: قدرة المؤسسة على تبني وإدخال التغييرات المفروضة أو المعزى بها سواء من الداخل أو الخارج. (نصيرات، 2008).

11.4.4 تقييم الأداء

يعرف تقييم الأداء بأنه نظام رسمي تصممه إدارة الموارد البشرية في المنظمة، ويشتمل على مجموعة من الأسس والقواعد العلمية والإجراءات، التي وفقا لها تتم عملية تقييم أداء الموارد البشرية في المنظمة، سواء أكانوا رؤساء أم مرؤوسين أو فرق عمل، بحيث يقوم كل مستوى إداري أعلى بتقييم أداء المستوى الأدنى، بدءا من قمة الهرم التنظيمي مرورا بجميع مستوياته الإدارية وصولا لقاعدته. (عقيلي، 2005).

كما أن تقييم الأداء كما عرفه (البكري، 2005) بأنه يرتبط إلى حد كبير بقياس الأداء المتحقق من القوى البشرية العاملة في المنظمة، من حيث عملهم وسلوكهم وكفاءتهم في القيام بأعباء أعمالهم الحالية، ومدى تحملهم لمسؤولياتهم حيال الوظائف التي يشغلونها.

12.4.4 هدف تقييم الأداء

أن عملية تقييم الأداء في أية منظمة من أهدافها توفير معلومات غنية وواضحة وموضوعية وصحيحة عن أداء مواردها البشرية التي تعمل لديها بشكل دوري ومستمر، بما يخدم استمرارية عملية تطوير الأداء وتحسينه. وتحقيق فاعلية تنظيمية عالية المستوى لأدائها التنظيمي الكلي مع مرور الزمن.

إن تقييم الأداء لا يعني كما يعتقد البعض بأنه حكم يصدر نهاية فترة زمنية محددة، ليحدد ما يستحقه الفرد من تقدير يبني على أساس بقائه في العمل أو ترشيحه للترقية، أو حصوله على حوافز مالية، بل إنه يعني شيئا أكثر وأهم من ذلك فهو : معرفة حقيقية لمستوى أداء العاملين، من أجل تطوير وتحسين هذا المستوى باستمرار من خلال توجيه وإرشاد الرؤساء المباشرين لمرؤوسيهم بالدرجة الأولى، ومن خلال التدريب والتنمية التي تعدها إدارة الموارد البشرية لمعالجة النتائج التي يوضحها التقييم. (عقيلي، 2005).

13.4.4 قياس الأداء المؤسسي

انطلاقاً من مبدأ (ما يمكن قياسه يمكن إدارته) قد تتعرض المنظمة إلى أخطار في حالة تحديد مقاييس خاطئة، فالمقاييس المحددة أو غير الملائمة أو المضللة تؤدي إلى تقويض وهدم الرسالة والاستراتيجية الخاصة بالمنظمة.

فعملية قياس الأداء المؤسسي تشمل مجموعة الإجراءات لتقييم مدى الإنجازات العملية لجميع مستويات المنظمة فهي نشاط مهم يتضمن مقارنة النتائج الفعلية مع النتائج المتوقعة وتقصي الانحرافات عن الخطط، وتقييم الأداء الفردي واختبار التقدم الحاصل نحو الأهداف المقررة السنوية وبعيدة المدى. (النحاس، 2008).

5.2 الدراسات السابقة

مسحت الباحثة الدراسات العربية والأجنبية التي أشارت إلى موضوعي إدارة المعرفة، والأداء، وفيما يلي عرض للدراسات العربية والأجنبية:

1.5.2 الدراسات العربية

الدراسات العربية المتعلقة بإدارة المعرفة:

1- دراسة (العمري، 2004) بعنوان (الاستخدام المشترك لتكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة لتحقيق قيمة عالية لأعمال البنوك التجارية الأردنية)

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل استخدام البنوك التجارية الأردنية لتكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة بهدف تحقيق قيمة عالية لأعمال هذه البنوك، وأجريت الدراسة على (16) بنكا تجاريا أردنيا، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي للحصول على النتائج، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين الاستخدام المشترك لإدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، وبين القيمة العالية لأعمال البنوك التجارية الأردنية، كما توصلت إلى وجود أثر في الزيادة المتحصلة لقيمة الأعمال في البنوك نتيجة الاستخدام المشترك لتكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة.

كما أظهرت الدراسة أن هناك زيادة في القيمة العالية لأعمال البنوك التجارية نتيجة لاستخدام تكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة، علاوة على وجود فروق ذات دلالات معنوية وبدرجات كبيرة بين البنوك فيما يتعلق بالقيمة العالية لأعمالها واستخدامها بتكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة.

2- دراسة (أبو دية، 2004) بعنوان "إطار عام مقترح لإدارة المعرفة في المستشفيات الخاصة الأردنية"

هدفت الدراسة إلى تقديم إطار نظري حول المعرفة وأشكالها وأنواعها وخصائصها وكذلك إدارة المعرفة وأهميتها ووظائفها وإلقاء الضوء على القطاع الطبي الأردني بشكل عام وقطاع المستشفيات تحديدا وتحليل أهميته والتحديات التي تقف في طريق تبينه لبرامج إدارة المعرفة والفرص المتاحة للأخذ بأسباب النهوض المعرفي وتقديم إطار عام مقترح لإدارة المعرفة يصف المحاور الأساسية ومكونات كل محور وما تتصل به من مرتكزات وتقنيات أساسية والنقاط التي لا بد من مراعاتها في تصميم مبادرات وبرامج فعالة لإدارة المعرفة. تم اعتماد المنهج الاستقرائي الاستنتاجي في تحليل المعرفة وتحليل واقع المستشفيات الخاصة الأردنية.

وقدمت هذه الدراسة مجموعة من التوصيات والمقترحات من أبرزها، ضرورة استكمال بناء شبكات الحاسب لكل مستشفى وتحديثها وتوسيعها لربط جميع أقسام المستشفى ومرافقه، وكذلك إدخال مفهوم الشبكة الداخلية وإيصالها لكافة العاملين من أطباء وتمريض وأشعة ومختبرات، البدء بتبني مبادرة ريادية لإدارة المعرفة في أحد المستشفيات الخاصة.

3- دراسة (حجازي، 2005) بعنوان (قياس أثر إدراك أبعاد إدارة المعرفة في توظيفها لدى المنظمات الأردنية - دراسة تحليلية مقارنة بين القطاعين العام والخاص).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كانت المنظمات الأردنية العامة والخاصة قد بدأت توظف إدارة المعرفة في أعمالها، ومعرفة مجالات العمل التي يمكن أن يتم توظيف إدارة المعرفة فيها لتحسين أداء المنظمات الأردنية.

اشتمل مجتمع الدراسة على كل من المنظمات العامة والخاصة الأردنية، والذي يضم الوزارات والدوائر والمؤسسات العامة، ومؤسسات القطاع الخاص، وتم اختيار (11) منظمة من القطاع العام و(10) من القطاع الخاص.

واستخدمت الدراسة الاستبيان والمقابلة الشخصية بهدف جمع البيانات واستخدام المنهج الوصفي التحليلي للحصول على النتائج.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن المنظمات الأردنية العامة والخاصة، توظف إدارة المعرفة في أعمالها وإن كان ذلك محدوداً، كما أن تلك المنظمات تدرك إدارة المعرفة من حيث : المفهوم والدور والموجودات والأهداف والفوائد، وقيادة المعرفة والثقافة المنظمة وبدرجات متفاوتة.

4- دراسة (الفارس، 2007) بعنوان (دور إدارة المعرفة في رفع كفاءة أداء المنظمات (دراسة ميدانية على شركات الصناعات التحويلية الخاصة بدمشق).

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى دور إدارة المعرفة في تحسين مستوى الأداء وتعزيزه، وقد طبقت على عشر شركات حديثة أنشئت وفقاً لقانون تشجيع الاستثمار 1991، وقد جمعت البيانات بصورة أساسية عن طريق استبانة أعدت لهذا الغرض مع بعض المقابلات وشملت مدة زمنية خمس سنوات (2003-2002).

اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي لجمع البيانات وتبويبها وعرضها وتحليلها وتفسيرها، وعولجت البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

تألف مجتمع الدراسة من (42) شركة صناعية تعمل في مجال الصناعات الغذائية والنسيجية والآلية في مدينة دمشق وريفها. وشملت الدراسة المديرين العاملين ومديري الإدارات ورؤساء الأقسام وعدداً من ذوي الاحتياجات في عشر شركات. وتوصلت الدراسة إلى نتائج أقرت بوجود علاقة ارتباط قوية بين إدارة المعرفة والأداء.

5- دراسة (نايف، 2007) بعنوان (العلاقة بين إدارة المعرفة والمقدرة الجوهرية وأثرها على الأداء الاستراتيجي)

وهي دراسة استطلاعية تحليلية مقارنة لعينة من شركات وزارة الصناعة في مدينة بغداد، وهدفت الدراسة إلى توضيح طبيعة العلاقة ونوع التأثير بين إدارة المعرفة والمقدرة الجوهرية والأداء الاستراتيجي في الشركات عينة الدراسة، وتحديد المضامين والدلالات النظرية لعمليات المعرفة

والمقدرات التي تعدّ جوهرية في العمل للمديرين في الشركات لغرض تعزيز قدراتهم الإبداعية نحو تحقيق أداء أفضل لشركاتهم.

استخدمت الدراسة المقابلة والاستبيان، وامتدت فترة الدراسة سنتين متتاليتين وكانت عينة الدراسة الشركات التابعة لوزارة الصناعة في مدينة بغداد وهي (الشركة العامة للصناعات الكهربائية والشركة العامة للصناعات الجلدية). تألفت عينة الدراسة من المديرين والخبراء ومديري الأقسام وقد كان مجموعهم في تلك الشركات (78) مديرا. ومن أهم نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية ومعنوية بين إدارة المعرفة والمقدرة الجوهرية.

6- دراسة (الشرفا، 2008) بعنوان (دور إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات في تحقيق المزايا التنافسية في المصاريف العاملة في قطاع غزة)

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى دور إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات في تحقيق المزايا التنافسية في المصاريف العاملة في قطاع غزة.

وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، كما تم استخدام الاستبانة كأداة رئيسة للدراسة، ووزعت على المدراء العاملين ومدراء ورؤساء الأقسام في البنوك العاملة في قطاع غزة، بلغت عينة الدراسة (117) موظفا.

وقامت الباحثة باستخدام طريقة الحصر الشامل من خلال توزيع الاستبانة على جمع الأفراد العاملين في الإدارة العليا في البنوك. ومن أهم نتائج الدراسة أن تطبيق المصارف العاملة في القطاع لنظام تكنولوجيا إدارة المعرفة في جميع الوحدات والأقسام، والحرص على الاستفادة من استخدامات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والاستفادة من المهارات والخبرات المتوافرة لديها واستثمار الكوادر البشرية، ومعارفهم في مجال التنمية والنهضة ليصل إلى مستوى التعايش والتواصل مع العالم المحيط ومواكبة التطورات المتلاحقة في ظل تكنولوجيا المعلومات المتقدمة .

وقد أوصت الباحثة بضرورة تعميق وعي المسؤولين وإدراكهم في المصارف للتحديات الكبيرة والمعوقات المستمرة، وزيادة اهتمامهم بإدارة المعرفة والعمل على إنشاء إدارة متخصصة لإدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات.

7- دراسة (دروزة، 2008) بعنوان (العلاقة بين متطلبات إدارة المعرفة وعملياتها وأثرها على تمييز الأداء المؤسسي دراسة تطبيقية في وزارة التعليم العالي الأردنية).

هدفت الرسالة إلى توضيح نوع التأثير بين عمليات إدارة المعرفة ومتطلباتها والأداء المؤسسي في وزارة التعليم العالي الأردنية، وتم إجراء هذه الدراسة في عام 2008 على جميع الموظفين في مراكز وزارة التعليم العالي الأردنية من حملة درجة الدبلوم فما فوق، والبالغ عددهم (300) موظف وموظفة.

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الباحثة الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين متطلبات إدارة المعرفة وكل من تشخيص المعرفة وتوليدها، وكل من توليد المعرفة و تخزينها ومتطلبات توزيع المعرفة من جهة ورضا العاملين والتعلم والنمو المؤسسي، وكفاءة العمليات الداخلية من جهة أخرى.

وأهم التوصيات التي خرجت بها الدراسة ضرورة الاهتمام بعمليات وآليات المعرفة حيث تشخيص المعرفة وتوليدها وتطبيقها، وتعيين متخصص في حقل إدارة المعرفة للإفادة من خبراتهم في تطوير العمليات المعرفية في وزارة التعليم العالي الأردنية.

8- دراسة (محاميد، 2008) بعنوان (دور إدارة المعرفة في تحقيق ضمان جودة التعليم العالي، دراسة تطبيقية في الجامعات الأردنية الخاصة).

هدفت الدراسة إلى بيان أثر تطبيق مفهوم إدارة المعرفة في ضمان الجودة في الجامعات الأردنية الخاصة، بالاعتماد على خصائص الهيئات التدريسية العاملة فيها وخصائص البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات في تلك الجامعات.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في عرض البيانات، والمنهج التحليلي في تحليل النتائج، وتكون مجتمع الدراسة من جميع الجامعات الأردنية الخاصة والبالغ عددها (18) جامعة موزعة على العديد من المحافظات الأردنية، وتم اختيار (6) جامعات باستخدام أسلوب المعاينة العشوائية.

وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي عدم وجود علاقة بين النشاطات العلمية التي تنجزها الهيئة التدريسية وضمان الجودة في الجامعات الأردنية الخاصة. ووجود علاقة بين المراتب العلمية والسعي للحصول عليها من قبل الهيئة التدريسية وضمان الجودة في الجامعات الأردنية الخاصة.

9- دراسة (البشاشة والحمد، 2009) بعنوان (أثر إدارة المعرفة في زيادة فاعلية المديرين في الوزارات الأردنية دراسة ميدانية).

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل وفحص أثر إدارة المعرفة في فاعلية المديرين في الوزارات الأردنية، وتم تطوير استبانة لجمع البيانات، وتكونت عينة الدراسة من (131) مديرا ومديرة، و(336) موظفا وموظفة، وتم اختيارهم بطريقة العينة الطبيعية التناسبية.

وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة توافر إدارة المعرفة من وجه نظر المديرين جاءت بدرجة متوسطة، ومستوى فاعلية المديرين من وجهة نظر العاملين جاء بدرجة متوسطة، وإدراك المديرين لإدارة المعرفة جاء بدرجة مرتفعة حيث جاء إدراك الموظفين لإدارة المعرفة بدرجة متوسطة. كما وُجد أثر لأبعاد إدارة المعرفة في فاعلية المديرين.

وأوصت الدراسة بضرورة دعم القدرات المعرفية الفعالة لمنظمات الأعمال، والتزام المديرين والعاملين بتوظيف إدارة المعرفة وفاعلية المنظمة في صياغة وتنفيذ وتقييم استراتيجية المنظمة، بهدف إنتاج منظمات معرفية فعالة.

10- دراسة (الكراسنة والخلي، 2009) بعنوان (مكونات إدارة المعرفة : دراسة تحليلية في وزارة التربية والتعليم الأردنية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع ممارسة وزارة التربية والتعليم في الأردن لنشاطات إدارة المعرفة، وتوضيح أهمية إدارة المعرفة كمفهوم إداري معاصر يساعد وزارة التربية والتعليم على الارتقاء بمستوى خدماتها والإسهام في بناء مجتمع الاقتصاد المعرفي. تم تصميم استبانة وتوزيعها على عينة مكونة من (106) أفراد من وزارة التربية والتعليم وأهم النتائج التي وصلت إليها الدراسة:

- أن درجة ممارسة معظم نشاطات إدارة المعرفة كانت بدرجة عالية، باستثناء نشاطات تخزين المعرفة، ونشر المعرفة وتبادلها وتهذيب المعرفة، التي تبين أن درجة ممارستها متوسطة.
- وجود علاقة إحصائية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين طبيعة استراتيجية إدارة المعرفة ومدى ممارسة نشاط الإنشاء المعرفي، وحياسة المعرفة، وتهذيبها، وتخزينها، وتوثيقها، والتدقيق المعرفي، وتطبيق المعرفة، ونشرها وتبادلها، وتميبتها وتشكيل مجموعات المجتمع الممارس.

وأوصت الدراسة المؤسسات على نحو عام بأن تحذو حذو وزارة التربية والتعليم وتبادر إلى تبني مفهوم إدارة المعرفة، من خلال ممارسة النشاطات التي يتضمنها هذا المفهوم وتوفير المقومات الضرورية لممارسة تلك النشاطات.

11- دراسة (المعاني، 2009) بعنوان (اتجاهات المديرين في مراكز الوزارات الأردنية لدور إدارة المعرفة في الأداء الوظيفي دراسة ميدانية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات المديرين في مراكز الوزارات الأردنية نحو تطبيق مفهوم إدارة المعرفة وأثر ذلك على أدائهم الوظيفي، شملت الدراسة (260) مديراً من العاملين في مراكز الوزارات الأردنية، واعتمد تحليل بياناتها على التحليل الإحصائي الوصفي، ومعامل الانحدار وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) واختبار T-test.

ومن أهم نتائج الدراسة تبني الوزارات الأردنية مفهوم إدارة المعرفة بدرجة متوسطة وأن المبحوثين يشعرون بمستوى عالٍ من الأداء الوظيفي.

وجود أثر ذي دلالة لعناصر إدارة المعرفة الآتية (توليد المعرفة، وفريق المعرفة، وخزن المعرفة، التشارك في المعرفة، وتطبيق المعرفة، وتكنولوجيا المعرفة).

كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات المبحوثين نحو مستوى أدائهم الوظيفي تعزى لخصائصهم الديموغرافية باستثناء مدة الخدمة.

وتوصلت الدراسة إلى عدة توصيات، أهمها تحسين المناخ التنظيمي للعمل، وبناء ثقافة تنظيمية تشجع على التشارك في المعرفة وتبني نظام الحوافز يكافئ الجهود المعرفية، ومنح العاملين الحرية الكافية لتمكينهم من تطبيق معارفهم، والاهتمام بتطوير قدرات العاملين بهدف رفع أدائهم.

12- دراسة (عليان، 2009) بعنوان (دور عمليات المعرفة في فاعلية أنشطة المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة المعرفة في المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية والتعرف على مستوى فاعلية أنشطة المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية.

أجريت الدراسة في العام 2009 على المؤسسات الأهلية في القدي الشرقية والبالغ عددها (135) مؤسسة أهلية موزعة على (13) قطاعا، وتم استخدام المنهج الوصفي واستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات.

تم اختيار عينة الدراسة وشملت ثمانية قطاعات هي قطاع النساء، وقطاع ذوي الاحتياجات الخاصة، وقطاع الديمقراطية وحقوق الإنسان، وقطاع الصحة، وقطاع الإسكان، والبنى التحتية، وقطاع الجمعيات الخيرية، وقطاع الشباب، وقطاع النقابات، وقطاع السياحة والزراعة.

وأظهرت النتائج وجود علاقة عند مستوى الدلالة بين تطبيقات إدارة المعرفة وفاعلية أنشطة المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية.

ومن أهم التوصيات تعزيز استخدامات إدارة المعرفة وتعزيز فاعلية المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية.

13- دراسة (الجعبري، 2010) بعنوان (واقع إدارة المعرفة في بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم وأثرها على الأداء من وجهة نظر إدارييها).

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة المعرفة في بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم، وتحديد دور إدارة المعرفة في تحسين أداء العمل. أجريت الدراسة في العام 2010، واقتصرت على بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم ضمن التصنيفات (أ) و(ب) والبالغ عددها (15) بلدية.

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهداف هذه الدراسة، واستخدمت الباحثة الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وبلغ حجم عينة الدراسة (194) موظفاً في بلديات المحافظتين.

أهم نتائج الدراسة أن واقع إدارة المعرفة كان منخفضاً في بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم من وجهة نظر إدارييها، وأظهرت النتائج وجود إدراك كبير لدى الإداريين لمفهوم المعرفة مع وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي وأن الفروق كانت بين الإداريين من حملة درجة الدبلوم وحملة درجة البكالوريوس لصالح حملة درجة البكالوريوس.

وكانت أهم توصيات الدراسة العمل على تطوير الهياكل التنظيمية للبلديات، بما يضمن وجود دائرة مختصة بإدارة المعرفة في البلديات، وإدخال إدارة المعرفة ضمن الخطط الاستراتيجية للبلديات.

14- دراسة (عثمان، 2010) بعنوان (اتجاهات مديري المدارس الحكومية الثانوية نحو تطبيق إدارة المعرفة في المحافظات الشمالية في فلسطين).

هدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات مديري المدارس الحكومية الثانوية نحو تطبيق إدارة المعرفة في المحافظات الشمالية في فلسطين بالإضافة؛ لبيان أثر كل من متغيرات الجنس، وسنوات الخبرة الإدارية، والتخصص، والمؤهل العلمي، وموقع المدرسة، وموقع المحافظة على اتجاهاتهم نحو تطبيق إدارة المعرفة.

وتكونت عينة الدراسة من (640) مديراً من مديري المدارس الحكومية الثانوية في المحافظات الشمالية في فلسطين، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي. وتم إعداد استبانة مكونة من (60) فقرة موزعة على ثمانية مجالات. ومن أهم نتائج الدراسة أن تبدأ وزارة التربية والتعليم بتطبيق إدارة المعرفة في المدارس الحكومية الثانوية في فلسطين.

15- دراسة (عودة، 2010) بعنوان (واقع إدارة المعرفة في الجامعات الفلسطينية وسبل تدعيمها).

هدفت في الدراسة إلى الكشف عن واقع إدارة المعرفة في الجامعات وسبل تدعيمها وتحديد عمليات المعرفة الواجب ممارستها لدى العاملين في الجامعات الفلسطينية وقياس درجة ممارسة العاملين لعمليات إدارة المعرفة في الجامعات الفلسطينية.

وقام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي للوصول إلى البيانات اللازمة، وتم إعداد استبانة مكونة من (4) أبعاد، شملت على (41) فقرة بلغ مجتمع الدراسة (327) من العاملين الإداريين (عمداء الكليات ومدراء الدوائر والأقسام الإدارية ونوابهم) في كل من (الجامعة الإسلامية، جامعة الأزهر، جامعة الأقصى). والمقابلات الشخصية كأداة ثانية للإجابة عن بعض التساؤلات الخاصة بالرسالة.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنه جاء ترتيب ممارسة العاملين في الجامعات الفلسطينية لعمليات إدارة المعرفة على النحو التالي : تطبيق المعرفة، تنظيم المعرفة، توليد المعرفة، ثم التشارك في المعرفة. ومن توصيات الدراسة ضرورة وضع استراتيجية للتعليم العالي على أسس علمية سليمة.

16- دراسة (أبو حشيش، 2011) بعنوان (الثقافة التنظيمية وعلاقتها بإدارة المعرفة في جامعة الأقصى بغزة من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس فيها).

هدفت الدراسة إلى التعرف على الثقافة التنظيمية السائدة في جامعة الأقصى وعلاقتها بإدارة المعرفة وذلك من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية.

استخدم الباحث الاستبانة كأداة أساسية، وطبقت على هيئة بلغت (98) عضواً من الهيئة التدريسية في الجامعة التي بلغ قوامها (306)، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة.

ومن أهم نتائج الدراسة أن الثقافة التنظيمية السائدة في جامعة الأقصى كما يراها أعضاء الهيئة التدريسية ضعيفة، وأن مستوى إدارة المعرفة في جامعة الأقصى كما يراها أعضاء الهيئة التدريسية أيضاً ضعيفة، وأن ضعف مستوى إدارة المعرفة في جامعة الأقصى له علاقة بضعف الثقافة التنظيمية السائدة في الجامعة.

الدراسات العربية المتعلقة بتطوير الأداء

1- دراسة (نصيرات والخطيب، 2005) بعنوان (التخطيط الاستراتيجي والأداء المؤسسي: دراسة تحليلية لقطاع صناعة الأدوية الأردنية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع التخطيط الإستراتيجي في شركات صناعة الأدوية الأردنية المساهمة العامة، من حيث درجة وضوح المفهوم ودرجة الممارسة ومصادر المعلومات والأطراف المشاركة في عملية التخطيط الاستراتيجي، والعوامل البيئية التي تؤخذ بالإعتبار عند القيام بعملية التخطيط الاستراتيجي والأداء المؤسسي في شركات صناعة الأدوية الأردنية مقاساً بالعائد على الوصول وبالقيمة السوقية المضافة.

وأظهرت نتائج تحليل البيانات لخمسين مديراً يشكلون مجتمع الدراسة، أن 52% من مديري شركات صناعة الأدوية الأردنية لا يدركون المفهوم الصحيح للتخطيط الاستراتيجي، وأن 56% منهم يرون أن عملية التخطيط الاستراتيجي تتم من خلال الإدارة العليا فقط، ولم يتم إثبات وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات المستقلة (درجة ممارسة التخطيط الإستراتيجي، درجة وضوح المفهوم، عناصر التخطيط الإستراتيجي، التحليل الاستراتيجي للبيئة الداخلية والخارجية). ويبين الأداء المؤسسي لهذه الشركات مقاساً بالعائد على الأصول والقيمة السوقية المضافة.

وتوصلت الدراسة إلى تقديم توصيات تهدف إلى زيادة الإهتمام بوضوح التخطيط الاستراتيجي كأحد المكونات الرئيسية لنجاح منظمات الصناعة الدوائية.

2- دراسة (السعودي، 2006) بعنوان (أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين في مؤسسة الضمان الاجتماعي: دراسة ميدانية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين في مؤسسة الضمان الاجتماعي. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم وتطوير استبانة لغرض جمع البيانات وتوزيعها على أفراد العينة، البالغ عددهم (369) عضواً، وتم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الوصفية لمعرفة تصورات أفراد العينة لأبعاد نظم المعلومات والأداء الوظيفي، وتحليل الانحدار المتعدد لاختيار صلاحية نموذج الدراسة وأثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، وتحليل التباين الأحادي. وأهم نتائج الدراسة أن تصورات الباحثين تجاه مستلزمات تشغيل نظام المعلومات جاءت بدرجة مرتفعة.

وأن تصورات الباحثين تجاه الأداء الوظيفي جاءت بدرجة متوسطة ووجود أثر للمستلزمات الرئيسية لإدارة وتشغيل نظام المعلومات المحوسب (المادية والبرمجية والبشرية والتنظيمية) في الأداء الوظيفي.

وأوصت الدراسة بزيادة دعم الإدارة العليا للمستخدمين، من خلال تشجيعهم على استخدام النظام وتفهم احتياجاتهم المختلفة، وتوفير البرمجيات التي تلبى احتياجات مختلف المستخدمين، التي تتلاءم مع الأجهزة والشبكات المستخدمة في العمل، وعقد دورات للمستخدمين تتعلق بتكنولوجيا المعلومات والبرمجيات التشغيلية والتطبيقية لزيادة إدراك المستخدمين لقدرات الأجهزة والبرمجيات المستخدمة وعدم التركيز على كيفية استخدامها فقط.

3- دراسة (الزيات، 2007) بعنوان (تصور مقترح لتحسين الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين على ضوء اتجاهات الفكر الإداري المعاصر).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم الأداء الإداري وعناصره ومتطلباته وأنماطه، والوقوف على واقع نظام التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين وأهدافه، والتعرف على طبيعة الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين والعوامل المجتمعية المؤثرة فيه. ووضع تصور مقترح لتحسين الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين.

اقتصرت الدراسة على المديرين ونواب المديرين والموجهين بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بالضفة الغربية بفلسطين، واقتصرت الدراسة على إحدى عشرة منطقة تعليمية بالضفة الغربية بفلسطين.

واتبعت الباحثة المنهج الوصفي، واستخدمت الدراسة الاستبانة لجمع البيانات. بلغت عينة الدراسة (120) فرداً منهم (84) مديراً و (18) نائباً للمدير و(18) موجهاً من المدارس الثانوية الحكومية بالضفة الغربية بفلسطين وتم اختيارهم بشكل عشوائي من جميع هذه المدارس.

وتوصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها انخفاض درجة واقع الأداء الإداري للمديرين في إدخال إدارة الجودة الشاملة وإدارة الوقت، والإدارة بالأهداف، وإدارة التغيير، وإدارة المعرفة للمدارس التي يعملون فيها.

وأوصت الدراسة بإمكانية إجراء المزيد من الدراسات في هذا المجال، وتم وضع توصيات مقترحة لتحسين الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين.

4- دراسة(العزام، 2007) بعنوان (دور شبكات نظم المعلومات ودعم الإدارة العليا في تحسين وتطوير الأداء في وزارة المالية في الأردن).

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور نظم المعلومات ودعم الإدارة العليا في عملية التطور والتحسين المستمرة للأداء، كما هدفت إلى التعرف إلى العلاقات الإحصائية بين متغيرات الدراسة المتمثلة بترابط شبكات نظم المعلومات ومرونتها، وقام الباحث بتوزيع الاستبانات على عينة الدراسة (105)، وتم تحليل الإجابات باستخدام حزمة التحليل الإحصائي (SPSS).

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة عدم وجود علاقة إحصائية بين ترابط شبكات نظم المعلومات وتطوير وتحسين الأداء، وأظهرت الدراسة وجود علاقة إحصائية بين مرونة شبكات نظم المعلومات ودعم الإدارة العليا وتطوير وتحسين الأداء، كما أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة إحصائية بين ترابط شبكات نظم المعلومات ومرونتها، ودعم الإدارة العليا وتطوير وتحسين الأداء تعزى إلى المتغيرات الشخصية باستثناء وجود علاقة إحصائية بين المتغيرات الأربعة ومتغير المستوى الوظيفي.

من أهم وأبرز التوصيات، العمل على تفعيل ترابط شبكات المعلومات بين الأقسام والدوائر والمؤسسات ذات العلاقة كنوع من الاتصالات الفعالة، لتوفير المعلومات الدقيقة من أجل العمل على رفع مستويات الأداء في القطاع الحكومي.

5- دراسة (العقيل وعبدالحليم، 2007) بعنوان (اتجاهات موظفي وزارة الداخلية في محافظات الشمال نحو تقويم أداء الموظفين في نظام الخدمة المدنية الأردني: دراسة ميدانية).

هدفت الدراسة إلى التعرف على التطبيق الواقعي لنظام تقييم الأداء في الأردن من وجهة نظر موظفي محافظات الشمال في وزارة الداخلية، وذلك بالتعرف على العناصر المؤثرة إيجاباً أو سلباً على النظام. كما هدفت إلى الاطلاع على وجه نظر الموظفين نحو نظام تقييم الأداء لمعرفة مدى تحقيق النظام للأهداف الأساسية ودرجة الكفاءة في عناصره.

وبينت هذه الدراسة أن النظام يخلو من بعض العناصر الهامة، كالدورات التدريبية ومعرفة الإجراءات والرغبة في العمل والمهارة في اتخاذ القرار. وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين شعور الموظفين بالعدالة والموضوعية ودرجة رضاهم عن النظام.

6- دراسة (نصيرات، 2007) بعنوان (الجودة الشاملة والأداء المؤسسي، دراسة استطلاعية لأراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان/الأردن).

هدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت هنالك اختلافات ذات دلالة بين المستشفيات المدروسة بالنسبة لتطبيق عناصر الجودة الشاملة، وذلك عند أخذ هذه العناصر مجتمعة ومنفردة. وكذلك تحديد ما إذا وجد اختلافات ذات دلالة في مؤشرات الأداء من هذه المستشفيات. وتحليل العلاقة بين تطبيق عناصر الجودة الشاملة وبيبين الأداء التنظيمي، وتحديد أهم عناصر الجودة الشاملة المؤثرة في الأداء. وتم تطوير أداة الدراسة وتم توزيع الاستبانة واستعادتها (250) استبانة.

ومن أهم نتائج الدراسة أن وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات المدروسة في تطبيق عناصر الجودة الشاملة ووجود اختلافات ذات دلالة إحصائية في مؤشرات الأداء، وقد وجدت هذه الاختلافات عند تحليل عناصر الجودة مجتمعة ومنفردة للعناصر كافة باستثناء عنصر تمكين العاملين. ووجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين جهود تطبيق الجودة الشاملة ومؤشرات الأداء التنظيمي.

وأهم توصيات الدراسة التي قد تساعد إداريي المستشفيات على تلافي القصور في تطبيقات الجودة الشاملة وتحقيق النتائج المرغوبة من هذه التطبيقات، والحاجة إلى التقييم المستمر للنتائج النهائية لتطبيقات الجودة الشاملة وبشكل دوري.

2.5.2 الدراسات الأجنبية

1- دراسة رينولدز (Roynolds, 2005) بعنوان (ممارسة إدارة المعرفة في التعليم : استكشاف الممارسة وإمكاناتها في مدارس استراليا ونيوزلندا)

هدفت الدراسة إلى وصف وتحليل ممارسة إدارة المعرفة في مدارس استراليا، وتقديم نظرة شاملة على سلسلة من التفسيرات حول إدارة المعرفة ومحاولات لتوضيح لماذا تتكون إدارة المعرفة في البيئة المدرسية؟، وكيف تتم المشاركة في المعرفة أثناء ممارسة التعليم على مستوى الطالب والمدرس والمنظمات التعليمية؟، وهدفها التعرف على مفهوم المعرفة بمساعدة المدرسة. شملت عينة الدراسة مدارس استراليا ونيوزلندا حيث أجريت مقابلات شبه معدة مع مدرسي المكتبات من بين قسم عرضي من المدارس المستقلة الدينية والتعاونية والابتدائية والعليا.

وأهم نتائج الدراسة أنها شملت هذه الممارسات على تطوير البنية التحتية الاجتماعية والتكنولوجية لإدارة خلق ومشاركة المعرفة، ودور مهارات المعرفة الأدبية، وإدارة الأنظمة مع القدرات التشخيصية التي تدعم التعلم الفردي، وأن يعطى مدرس المكتبة دورا متعدد الجوانب وإدخال إدارة المعرفة إلى إصلاح النظام.

2- دراسة تشين وهنانج (Chen & Hnang, 2007) بعنوان (كيف يؤثر المناخ التنظيمي والبنية على إدارة المعرفة - منظور التفاعل الاجتماعي).

هدفت الدراسة إلى فحص تأثيرات المناخ التنظيمي والهيكلية على إدارة المعرفة من خلال منظور التفاعل الاجتماعي. وتم استخدام تحليل التراجع لفحص الفرضيات في عينة مكونة من (146) حالة.

وتشير النتائج إلى أن المناخ المتجدد والتعاوني يعزى إيجاباً إلى التفاعل الاجتماعي، أي أن تكون البنية التنظيمية أقل رسمية، وأكثر لا مركزية واندماجاً يصبح التفاعل الاجتماعي أكثر تفضيلاً وبالتالي فإن التفاعل الاجتماعي يرتبط إيجاباً بإدارة المعرفة.

3- دراسة جواريز وريسترا وكامبوس وموراليس وبالما ومارين (Juarez, Riestra, Campos,) (Morales, Palma & Marin, 2009) بعنوان (إدارة المعرفة الطبية لدوائر محددة في المستشفيات)

هدفت الدراسة إلى تحديد نماذج محوسبة وتصميم آليات لعملية الاكتساب المؤثر وإدارة المعرفة الطبية في أقسام المستشفى الحقيقية.

وتم تحديد جانبين رئيسيين لتمثيل المعرفة ومهام الإدارة من خلال تكييف وملاءمة قياس معلومة طبية من أجل توفير ضبطاً إصطلاحياً متنسقاً، وأن يتم تبسيط الاندماج بين أدوات إدارة المعرفة ونظام المعلومات الطبي، وتأسيس عملية اكتساب معلومات طبية فعالة في ميادين طبية محددة وذلك من خلال استخدام أدوات معرفية مناسبة. وخلصت الدراسة أن تصميم آليات لعملية الاكتساب المؤثر وإدارة المعرفة الطبية في أقسام المستشفى الحقيقية يعالج بتقديم المعرفة الطبية مستخدمين نماذج سببية عميقة في أقسام مستشفيات وحدة العناية المكثفة ICU، وقسم الأطفال مع مختلف متطلباتها.

4- دراسة نورليوز وبيرو (Nurluoz & Birol, 2011) بعنوان (تأثير إدارة المعرفة والتكنولوجيا : تحليل للمسلكتيات الإدارية).

هدفت الدراسة لفحص تصورات (199) من الأكاديميين من مؤسسات التعليم العالي نحو المسلكتيات الإدارية المتعلقة بإطار نظرية مسبب العمل. تم إجراء معيار ليكرت على مجموعة متطوعين مشاركين بناء على نهج المسح. وأظهرت نتائج الدراسة أن جميع العناصر تقريبا ضمن المعيار قد أشارت إلى المسلكتيات الإدارية مثل تشكيل الفرق، وإلهام الفرق، وأعمال الاتصال والتغذية الراجعة قد عملت جميعاً في إدارة التعليم العالي.

3.5.2 التعقيب على الدراسات السابقة

أظهرت الدراسات السابقة وجود تطبيق لعمليات إدارة المعرفة في المؤسسات المبحوثة بدرجات متفاوتة، كما جاء في دراسة (حجازي، 2005) و(دروزة، 2008) و(عليان، 2009) حيث اتفقت هذه النتائج مع نتيجة هذه الدراسة حيث أظهرت الدراسة تطبيق بشكل متوسط لعمليات إدارة المعرفة من قبل موظفي القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية.

كما بينت الدراسات السابقة وجود أثر لإدارة المعرفة على الأداء في المؤسسات التي تم بحثها كما جاء في دراسات (حجازي، 2005) و(دروزة، 2008) و(المعاني، 2009) و(الجعبري، 2010) وهذه النتائج اتفقت مع نتيجة الدراسة بوجود علاقة إيجابية بين (تطوير أداء العاملين) ومجالات إدارة المعرفة من تشخيص وتخزين وتوزيع المعرفة.

كما بينت بعض الدراسات السابقة الأجنبية وجود أثر لإدارة المعرفة في المؤسسات التي أجريت عليها الدراسة كما جاء في دراسات (Chen & Huang, 2007) و (MCGinnis) و (Reynolds, 2005) و (Nurluoz & Birol, 2011)، وبالتالي اتفقت مع نتائج الدراسة التي أظهرت تطبيق لبعض عمليات إدارة المعرفة بشكل متوسط من قبل موظفي القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية.

ما يميز هذه الدراسة عن سابقتها من الدراسات والأبحاث، هي أنها تبحث في جانب مهم وهو تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة، أي واقع عمليات إدارة المعرفة والأثر المتوقع من إدارة المعرفة على الأداء ومجالاته من أجل العمل على تطوير أداء الموظفين في القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية، وخاصة أن القطاع الصحي كقطاع يقدم خدمات طبية مباشرة للزبائن ويحتاج إلى الدقة والسرعة وإلى تطوير دائم بشكل مستمر، لذلك جاءت هذه الدراسة مكتملة للنقص في الدراسات.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة وإجراءاتها

من أجل تحقيق هدف الدراسة، وهو التعرف على إمكانية تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديموغرافية، فقد تضمن هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة ومجتمعها وعينتها كما يعطي وصفا مفصلا لأداة الدراسة وصدقها وثباتها، وكذلك إجراءات الدراسة والمعالجة الإحصائية التي استخدمتها الباحثة في استخلاص نتائج الدراسة وتحليلها.

1.3 منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، الذي يعرّف بأنه المنهج الذي يهدف إلى وصف الظاهرة المدروسة من حيث طبيعتها ودرجة وجودها ويعبر عنها تعبيراً كمياً وكيفياً، بحيث يؤدي ذلك إلى الوصول إلى فهم لعلاقات هذه الظاهرة إضافة إلى الوصول إلى استنتاجات وتعميمات تساعد في تطوير الواقع المدروس، بالإضافة إلى تكوين علاقات بين الظواهر المدروسة.

2.3 مجتمع الدراسة وعينتها

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي من فئة مدير ونائب مدير ورئيس قسم ورئيس شعبة وموظف، ويبين جدول (1:3) وصف مجتمع الدراسة وفق متغيري مكان العمل، والقطاع الصحي

جدول 1:3: وصف مجتمع الدراسة وفق متغيري مكان العمل والقطاع الصحي

الرقم	مكان العمل	القطاع الصحي	عدد الموظفين
1	نابلس	المستشفى العربي التخصصي	170
		مستشفى نابلس التخصصي	140
		مستشفى الاتحاد	100
		المستشفى الإنجيلي	72
		مستوصف الرحمة	70
		مستوصف الشفاء (البلدة القديمة، سالم، عورتا، الباذان)	20
2	جنين	مستشفى الأمل	69
		مستشفى الرازي	150
3	طولكرم	مستشفى الزكاة	100
		مستشفى أصدقاء المريض	23
		المركز الطبي الجراحي	50
		مستشفى الهلال الأحمر	50
4	قلقيلية	مستشفى الأقصى	20
		مستوصف الشفاء	10
5	طوباس	مستوصف الشفاء	20
6	سلفيت (بديا)	اللجنة العلمية الطبية	11
		المجموع	1075

(المصدر : إحصاءات مؤسسات القطاع الصحي الخاص والأهلي)

وقد تم اختيار عينة طبقية عشوائية من مجتمع الدراسة، وذلك وفق متغيري مكان العمل والقطاع الصحي والأهلي، إذ تم توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفق كلا المتغيرين لتكوين طبقات، ومن ثم الاختيار العشوائي في كل طبقة، وقد بلغ حجم العينة (267) عاملاً، وقد بلغت نسبة عينة الدراسة من المجتمع (25.1%)، وتبين الجداول (2:3-8:3) توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغيراتها المستقلة.

1-متغير الجنس

جدول 2:3: وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس

النسبة المئوية %	التكرار	الجنس
49.1	131	ذكر
50.9	136	أنثى
100.0	267	المجموع

يشير الجدول (2:3) إلى أن نصف أفراد العينة تقريباً من الذكور، ونصفهم الآخر من الإناث، إذ بلغت النسبة المئوية للذكور (49.1)، فيما بلغت النسبة المئوية للإناث (50.9).

2-متغير العمر:

جدول 3:3: وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر

النسبة المئوية %	التكرار	العمر
50.9	136	أقل من 35 سنة
40.8	109	من 35-50 سنة
8.3	22	أكثر من 50 سنة
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (3:3) أن النسبة الأكبر من أفراد العينة هم أصحاب الأعمار (أقل من 35 سنة)، إذ بلغت نسبتهم المئوية (50.9)، يليهم أصحاب الأعمار (35-50 سنة)، وبنسبة مئوية (40.8)، ثم أصحاب الأعمار (أكثر من 50) وبنسبتهم المئوية (8.3).

3- متغير المؤهل العلمي:

جدول 4:3: وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير المؤهل العلمي

النسبة المئوية %	التكرار	المؤهل العلمي
44.6	119	دبلوم متوسط فما دون
44.2	118	بكالوريوس
7.5	20	ماجستير
3.7	10	دكتوراه
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (4:3) أن العدد الأكبر من أفراد العينة هم من حملة الدبلوم المتوسط فما دون، وبلغت نسبتهم المئوية (44.6)، يليهم حملة البكالوريوس بنسبة مئوية (44.2)، يليهم حملة الماجستير بنسبة مئوية (7.5)، وأخيراً حملة الدكتوراه، وبنسبة مئوية (3.7).

4-متغير المسمى الوظيفي:

جدول 5:3: وصف عينة الدراسة تبعاً لمتغير المسمى الوظيفي

النسبة المئوية %	التكرار	المسمى الوظيفي
4.9	13	مدير
0.70	2	نائب مدير
22.5	60	رئيس قسم
2.6	7	رئيس شعبة
69.3	185	موظف
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (5:3) أن العدد الأكبر من أفراد العينة هم موظفون، وبلغت نسبتهم المئوية (69.3)، ثم رؤساء الأقسام وبنسبة مئوية (33.5)، ثم المديرين، وبنسبة مئوية (4.9)، ثم رؤساء الشعب وبنسبة مئوية (2.6)، وأخيراً نائب مدير وبنسبة (0.70).

5- متغير سنوات الخبرة:

جدول 6:3: وصف عينة الدراسة تبعاً لمتغير سنوات الخبرة

النسبة المئوية %	التكرار	سنوات الخبرة
39.7	106	أقل من 6 سنوات
11.6	31	من 6-10 سنوات
16.5	44	من 11-15 سنة
32.2	86	أكثر من 15 سنة
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (6:3) أن العدد الأكبر من أفراد العينة هم أصحاب الخبرة (أقل من 6 سنوات)، وبلغت نسبتهم المئوية (39.7)، ثم أصحاب الخبرة (أكثر من 15 سنة)، وبنسبة مئوية (32.2)، ثم

أصحاب الخبرة (11-15 سنة)، وبنسبة مئوية (16.5)، وأخيراً أصحاب الخبرة (6-10 سنوات)، وبنسبة مئوية (11.6).

6- متغير الدورات التدريبية:

جدول 7:3: وصف عينة الدراسة تبعاً لمتغير الدورات التدريبية

النسبة المئوية %	التكرار	الدورات التدريبية
42.3	113	أقل من 3 دورات
29.2	78	(3-5) دورات
28.5	76	أكثر من 5 دورات
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (7:3) أن العدد الأكبر من أفراد العينة ممن حصلوا على دورات تدريبية من فئة (أقل من 3 دورات)، وبلغت نسبتهم المئوية (42.3)، ثم فئة (3-5 دورات)، وبلغت نسبتهم المئوية (29.2)، ثم فئة (أكثر من 5 دورات)، وبلغت نسبتهم المئوية (28.5)

7- متغير المهنة:

جدول 8:3: وصف عينة الدراسة تبعاً لمتغير المهنة

النسبة المئوية %	التكرار	المهنة
11.6	31	طبيب
38.2	102	ممرض
21.3	57	فني أشعة (مختبرات)
2.6	7	علاج طبيعي
26.2	70	أخرى (إداريين)
100.0	267	المجموع

يتضح من الجدول (8:3) أن العدد الأكبر من أفراد العينة من الممرضين، وبلغت نسبتهم المئوية (38.2)، ثم فئة (مهن أخرى)، وبلغت نسبتهم المئوية (26.2)، ثم فنيي الأشعة، وبلغت نسبتهم المئوية (21.3)، ثم الأطباء، وبلغت نسبتهم المئوية (11.6)، وأخيراً المعالجين الطبيعيين وبنسبة مئوية (2.6).

3.3 أدوات الدراسة

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الاستبانة والمقابلة، لأجل تحقيق أهدافها، وفيما يلي وصف لأداة الدراسة

1.3.3 الاستبانة

بعد إطلاع الباحثة على عدد من الدراسات السابقة والأدوات المستخدمة فيها، قامت بتطوير استبانة خاصة من أجل قياس تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة، وقد تكونت الأداة في صورتها النهائية من جزأين: الأول تضمن بيانات أولية عن المبحوثين، تمثلت في الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والدورات التدريبية، والمهنة، أما الثاني فقد تكون من الفقرات التي تقيس واقع إدارة المعرفة وتطوير الأداء، حيث بلغ عدد هذه الفقرات (65) فقرة، وزعت على عشرة مجالات رئيسة والجدول رقم (9:3) يوضح ذلك:

جدول 9:3: توزيع فقرات أداة الدراسة على المجالات الرئيسية لإدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين

الرقم	المجال	عدد الفقرات
1	المجال الأول: عملية تشخيص المعرفة	6
2	المجال الثاني: عملية اكتساب المعرفة	8
3	المجال الثالث: عملية توليد المعرفة	8
4	المجال الرابع: عملية تخزين المعرفة	6
5	المجال الخامس: عملية توزيع المعرفة	7
6	المجال السادس: عملية استخدام المعرفة	8
مجموع فقرات إدارة المعرفة		43
1	المجال الأول: سرعة الأداء	5
2	المجال الثاني: جودة الأداء	6
3	المجال الثالث: حجم الأداء	5
4	المجال الرابع: دقة الأداء	6
مجموع فقرات تطوير أداء العاملين		22

هذا وقد تم تصميم المقياس على أساس مقياس ليكرت خماسي الأبعاد، وقد بُنيت الفقرات بالاتجاه الإيجابي وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آتي:

- درجة كبيرة جداً :خمس درجات
- درجة كبيرة : أربع درجات
- درجة متوسطة : ثلاث درجات
- درجة منخفضة: درجتان
- درجة منخفضة جداً : درجة واحدة

2.3.3 صدق الاستبانة

استخدمت الباحثة صدق المحكمين أو ما يعرف بالصدق المنطقي وذلك بعرض الاستبانة على (9) محكمين من ذوى الاختصاص (مرفق قائمة بأسماء المحكمين وعددهم (7) محكمين، بهدف التأكد من مناسبة الاستبانة لما أعدت من أجلها وسلامة صياغة الفقرات، وانتماء كل منها للمجال الذي وضعت فيه، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على عبارات الاستبانة 80%. وتشير الباحثة بأن عدد فقرات الاستبانة بصورتها الأولية قبل عرضها على المحكمين قد بلغ (68) فقرة، إلا أن الباحثة أخذت بآراء المحكمين الذين اجمعوا بإعادة صياغة الفقرات بطريقة يسهل على موظف القطاع الصحي الخاص الإجابة عليها، وضرورة زيادة عدد الفقرات في بعض المجالات، وحذف فقرات أخرى، وحذف فقرات لا تنتمي إلى المجال التي وضعت فيه، ليصل عدد فقرات الاستبانة في صورتها النهائية (66) فقرة.

3.3.3 ثبات الاستبانة

قامت الباحثة باحتساب الثبات الداخلي للاستبانة ومجالاتها، باستخدام معامل (كرونباخ ألفا) (Cronbach Alpha).

والجدول (10:3) يبين معاملات الثبات الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا على أبعاد الاستبانة المختلفة ودرجتها الكلية:

جدول 10:3: معاملات الثبات الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا على مجالات الاستبانة المختلفة وعلى الدرجة الكلية لكلاً من إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين

المجال	قيمة معامل الثبات بطريقة كرونباخ ألفا
المجال الأول: عملية تشخيص المعرفة	0.83
المجال الثاني: عملية اكتساب المعرفة	0.85
المجال الثالث: عملية توليد المعرفة	0.84
المجال الرابع: عملية تخزين المعرفة	0.87
المجال الخامس: عملية توزيع المعرفة	0.80
المجال السادس: عملية استخدام المعرفة	0.90
الدرجة الكلية لإدارة المعرفة	0.95
المجال الأول : سرعة الأداء	0.87
المجال الثاني : جودة الأداء	0.83
المجال الثالث : حجم الأداء	0.84
المجال الرابع : دقة الأداء	0.82
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	0.93

يتضح من الجدول (10:3) أن معاملات الثبات لمجالات الاستبانة المختلفة بطريقة كرونباخ ألفا على محاور الاستبانة تراوحت بين (0.80-0.95)، تعكس مدى اتساق فقرات الاستبانة مما يُمكنها من قياس وفحص الأسئلة التي ذهبت إليها الدراسة.

4.3.3 المقابلة

تم استخدام المقابلة الاستطلاعية على عدد من موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي للتعرف على المعوقات والمشكلات التي تحول دون تطبيق إدارة المعرفة في مؤسسات القطاع الصحي الخاص والأهلي لاستخدامها في الإطار النظري.

4.3. نموذج الدراسة

اشتملت هذه الدراسة على المتغيرات المستقلة والوسيطية والتابعة الآتية:

المتغير المستقل

وتمثل في جميع الفقرات التي تقيس استجابات المبحوثين في واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات الشمال.

المتغيرات الوسيطة

- 1- الجنس وله مستويان: (ذكر، أنثى)
- 2- العمر وله ثلاثة مستويات: (أقل من 35 سنة، من 35-50 سنة، أكثر من 50 سنة)
- 3- المؤهل العلمي وله أربعة مستويات: (دبلوم متوسط فما دون، بكالوريوس، ماجستير، دكتوراة)
- 4- المسمى الوظيفي وله خمسة مستويات: (مدير، نائب مدير، رئيس قسم، رئيس شعبة، موظف)
- 5- عدد سنوات الخبرة ولها أربعة مستويات: (أقل من 6 سنوات، من 6-10 سنوات، من 11-15 سنة، أكثر من 15 سنة).
- 6- الدورات التدريبية ولها ثلاثة مستويات: (أقل من 3، من 3-5 دورات، أكثر من 5 دورات)
- 7- المهنة ولها ستة مستويات: (طبيب، ممرض، فني أشعة (مختبرات)، علاج طبيعي، أخرى)

المتغير التابع

وتمثل في جميع الفقرات التي تقيس استجابات المبحوثين في تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص في محافظات الشمال.

5.3 خطوات تطبيق الدراسة

قامت الباحثة بالخطوات الآتية:

- 1- التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة.
- 2- أخذ الإذن الخطي بتوزيع الأداة.
- 3- قامت الباحثة بتطبيق الاستبانة على أفراد عينة الدراسة، وقبل بدء المبحوثين بتعبئة الاستبانة طلب منهم أن يسجلوا المعلومات العامة في القسم الأول من كل استبانة، ثم وضحت الباحثة هدف الدراسة، وكيفية الإجابة عن فقراتها ومن ثم أتاحت الفرصة للإجابة عن الفقرات.

- 4- تم فرز الاستبانات المستوفية لشروط الاستجابة والصالحة للتحليل، والبالغ عددها (267) استبانة.
- 5- بعد أن تمت إجراءات تطبيق الاستبانة قامت الباحثة بتفريغ استجابات المبحوثين تمهيدا لمعالجتها وتحليلها باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)
- 6- بعد استخلاص النتائج، قامت الباحثة بتفسيرها ومناقشتها، وصاغت التوصيات المناسبة.

6.3 المعالجات الإحصائية

- بعد أن تم جمع البيانات تم إدخالها في الحاسوب ومعالجتها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الآتية:
- 1- المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والتكرارات.
 - 2- فحص ثبات الاستبانة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا.
 - 3- اختبار "ت" للعينات المستقلة (Independent Samples-T-Test) لفحص الفرضيتين المتعلقةتين بمتغير الجنس.
 - 4- تحليل التباين الأحادي (One-Way Analysis of Variance) لفحص الفرضيات المتعلقة بمتغيرات العمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والدورات التدريبية، والمهنة.
 - 5- اختبار شيفيه للمقارنة البعدية (Scheffe Post Hoc Test) بين المتوسطات في الفرضيات التي تم رفضها باستخدام تحليل التباين الأحادي.
 - 6- اختبار تحليل الانحدار الخطي المتعدد Multiple Linear Regression لفحص أثر إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين.

الفصل الرابع

مناقشة نتائج الدراسة

1.4 نتائج الدراسة ومناقشتها

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إمكانية تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة، إضافة إلى تحديد أثر كل من متغيرات الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والدورات التدريبية، والمهنة على واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات الضفة الغربية، وبعد عملية جمع البيانات عولجت إحصائياً باستخدام برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وفيما يلي عرض للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1.1.4 النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول

ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟
ويتفرع عنه الأسئلة الفرعية الآتية :

- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة؟
- ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة؟

من أجل الإجابة عن السؤال الأول للدراسة، والأسئلة الفرعية المنبثقة عنه، استخدمت المتوسطات الحسابية والنسب المئوية ودرجة الواقع، والجداول (2.4، 3.4، 4.4، 5.4، 6.4، 7.4) تبين ذلك، ولتقدير واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي، فقد استخدمت الباحثة المعيار التالي:

جدول 1.4: معيار تقدير واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي.

النسبة المئوية	تقدير الواقع
أقل من 50%	منخفض جداً
من 50-59.9%	منخفض
من 60-69.9%	متوسط
من 70-79.9%	مرتفع
80% فأكثر	مرتفع جداً

1.1.1.4 مجال عملية تشخيص المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة؟

جدول 2.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	أقيم المعلومات المتوفرة لدي.	4.13	0.71	82.6	مرتفع جداً
2	2	أحدد المعارف التي أحتاجها بشكل منتظم.	4.00	0.72	80.0	مرتفع جداً
3	3	أقدر على تحديد المعارف التي أمتلكها، والتي لا أمتلكها.	4.00	0.77	80.0	مرتفع جداً
4	6	أحدد المعارف المطلوبة للممارسات الجديدة في العمل الصحي.	3.94	0.81	78.8	مرتفع
5	4	استشير خبراء في تحديد المعرفة اللازمة لأداء مهامي.	3.82	1.01	76.4	مرتفع
6	5	استثمر برامج تحديث المعرفة؛ للحصول على معرفة جديدة.	3.79	0.93	75.8	مرتفع
الدرجة الكلية لمجال عملية تشخيص المعرفة						
			3.95	0.55	79.0	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (2:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة، كان مرتفعاً جداً على الفقرات (1، 2، 3)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (82.6، 80.0، 80.0) على التوالي، بينما كان مرتفعاً على الفقرات (6، 4، 5) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (78.8، 76.4، 75.8) على التوالي، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (79.0).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يقومون بتقييم المعلومات المتوفرة لديهم باستمرار، ويحددون ما يحتاجونه من معارف جديدة حتى يستطيعون تحديد الفجوة وتقليصها بين

ما لديهم من معلومات وما يحتاجونه، ويساعدهم ذلك على زيادة المعارف الموجودة لديهم، والاطلاع على ما هو جديد في العلم والمهارات المطلوبة للعمل. كما تعزو الباحثة هذه النتائج ربما إلى أنّ موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يستشيرون الخبراء والمتخصصين في تحديد المعرفة التي يحتاجونها لأداء مهامهم، والطرق المناسبة لزيادة المعرفة لديهم، والاستفسار عن برامج يمكنهم من خلالها زيادة المخزون المعرفي.

وهذا يدل على إدراك موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي لأهمية عملية تشخيص المعرفة. وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (دروزة، 2008) التي دلت نتائجها أن وزارة التعليم العالي الأردنية تقوم بتشخيص المعرفة وتوليها اهتماماً بدرجة متوسطة من خلال قيام الوزارة بالمقارنة المرجعية الداخلية والخارجية، كما تستند الوزارة في أسلوب عملها على نشرات الإبداع.

كما أن القيام بتشخيص المعرفة يبدأ بمعرفة متطلبات إدارة المعرفة التي تحتاجها المؤسسات وأن التعرف على تشخيص المعرفة يتطلب التحديد الدقيق لاحتياجات ومتطلبات إدارة المعرفة.

2.1.1.4 مجال عملية اكتساب المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة؟

جدول 3.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	اكتسب المعرفة التي أحتاجها لأداء عملي بالاعتماد على نفسي ومن مصادري الخاصة.	4.18	0.80	83.6	مرتفع جداً
2	8	أستفيد من المقترحات والشكاوى في اكتساب معارف مطلوبة لحلها.	3.80	0.94	76.0	مرتفع
3	5	اكتسب المعرفة في القطاع الصحي الذي أعمل به بالتعليم التبادلي ونقل الخبرات.	3.78	1.01	75.6	مرتفع
4	2	أشارك في الندوات والحوارات؛ لتطوير معارفي.	3.68	0.97	73.6	مرتفع
5	4	يحتفظ القطاع الصحي الذي أعمل به بالعاملين أصحاب المعارف؛ للإفادة منهم.	3.42	1.21	68.4	متوسط
6	3	أشارك في جلسات العصف الذهني؛ لتطوير معارفي.	3.31	1.04	66.2	متوسط
7	7	يستقطب القطاع الصحي الذي أعمل به خبراء ومستشارين للعمل والتطوير.	3.04	1.22	60.8	متوسط
8	6	يوفر القطاع الصحي الذي أعمل به برامج التدريب التي تكسبني المعرفة.	3.00	1.30	60.0	متوسط
		الدرجة الكلية لمجال عملية اكتساب المعرفة	3.53	0.70	70.6	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (3:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة، كان مرتفعاً جداً على الفقرة (1)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات الباحثين عليها (83.6)، بينما كان مرتفعاً على الفقرات (8، 5، 2) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات الباحثين عليها (76.0، 75.6، 73.6) على التوالي، وكان متوسطاً على الفقرات (4،

3، 7، 6) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (68.4، 66.2، 60.8، 60.0) على التوالي، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص في مجال عملية اكتساب المعرفة، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (70.6)

تعزو الباحثة النتائج إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يقومون باكتساب المعرفة، كل حسب تخصصه وأدائه من خلال اعتمادهم على ذاتهم في البحث عنها، ومن خلال مصادرهم الخاصة من أجل تطوير الذات والحصول على معرفة جديدة.

كما تعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن اكتساب المعرفة سواء من خلال المقترحات والشكاوى أو بالتعليم التبادلي وتبادل الخبرات والمشاركة في الندوات والحوارات، حيث تتيح هذه الطرق للموظفين التعرف على المعرفة الضمنية التي من الصعوبة الحصول عليها كالمعرفة الصريحة. كما يدل أن احتفاظ القطاع الصحي بالعاملين الذين يحملون المعرفة في أذهانهم وتعزو الباحثة ذلك إلى عدم وجود حوافز وتشجيع من قبل الإدارة لحاملين المعرفة أو وجود موظفين لا يشعرون بالأمان الوظيفي ويحتفظون بما لديهم من معرفة (احتكار المعرفة).

كما يدل ذلك على تدني اهتمام الإدارة في عقد دورات أو جلسات تساعد في إطلاق الأفكار بين العاملين وفتح النقاش فيما بينهم، وكذلك استقطاب خبراء أو توفير برامج تدريبية لاكتساب المعرفة قد يرجع إلى تقصير الإدارة في إيلاء أهمية أكبر في عملية اكتساب المعرفة.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة حجازي (2005) التي دلت نتائجها على أن المنظمات الأردنية العامة والخاصة تمارس عمليات إدارة المعرفة من حيث توليد المعرفة والتشارك فيها والتعلم التنظيمي.

كما تتفق مع دراسة عليان (2009)، التي دلت نتائجها على أن المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية تتبنى عملية اكتساب المعرفة، كما أنها تمتلك أنظمة المعرفة المتمثلة بالبحث عن المعرفة وشراؤها من مصادرها المتعددة والعمل على تحويل المعرفة الضمنية إلى معرفة صريحة.

3.1.1.4 مجال عملية توليد المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة؟

جدول 4.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	أسعى لزيادة المعارف والخبرات لدي.	4.34	0.69	86.8	مرتفع جداً
2	2	يتيح القطاع الصحي الذي أعمل به الوصول إلى المعرفة التي أحتاجها.	3.43	1.10	68.6	متوسط
3	8	ينمي القطاع الصحي الخاص والأهلي المعلومات المتوافرة لدي باستمرار.	3.05	1.24	61.0	متوسط
4	5	يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي فرق العمل لتوليد معرفة جديدة.	3.02	1.20	60.4	متوسط
5	3	يتم توليد المعرفة في مؤسستي من قبل فرق تعمل بشكل مستقل.	2.97	1.20	59.4	منخفض
6	7	يستثمر القطاع الصحي الخاص والأهلي الخبرات والتجارب المتوافرة لدى العاملين بتحويلها إلى معارف جديدة.	2.97	1.20	59.4	منخفض
7	4	يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي أساليب مثل العصف الذهني لتوليد المعرفة.	2.80	1.17	56.0	منخفض
8	6	يتوافر في القطاع الصحي الذي أعمل به دائرة بحث وتطوير تُعنى بالمعارف الجديدة وعملية توليدها.	2.70	1.24	54.0	منخفض
		الدرجة الكلية لمجال عملية توليد المعرفة	3.16	0.91	63.2	متوسط

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (4:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة، كان مرتفعاً جداً على الفقرة (1)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (86.8)، بينما كان متوسطاً على الفقرات (2، 8، 5) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (68.6، 61.0، 60.4) على التوالي، وكان منخفضاً على الفقرات (3، 7، 4، 6) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (59.4، 59.4، 56.0، 54.0) على التوالي، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة، فقد كانت متوسطة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (63.2).

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يسعون باستمرار إلى تطوير وزيادة معارفهم الصريحة والضمنية بشكل كبير وخاصة أن القطاع الصحي كقطاع حساس في تقديم خدمات مباشرة للزبائن يجعل العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي يقومون بالبحث عن زيادة معرفتهم لتقديم خدمة أفضل، والاستمرار (البقاء) في وظائفهم.

كما تعزو الباحثة ذلك إلى أن ضغط العمل في القطاع الصحي الخاص والأهلي قد لا يتيح للموظفين الوصول إلى المعرفة، علاوة على عدم وجود وقت كاف من أجل استغلاله في توليد المعرفة.

كما قد يعود ذلك لعدم توفر مراكز تهتم بالمعارف الجديدة وعملية توليدها في القطاع الصحي الخاص والأهلي.

كما أن القطاع الصحي الخاص والأهلي لا يولي اهتماماً كبيراً لتوليد المعرفة أو خلق معارف جديدة وقد يعود ذلك إلى قلة الميزانيات وعدم تخصيص ميزانية لإدارة المعرفة أو تخصص إدارة معرفة ضمن الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي الخاص والأهلي.

وهذه النتائج تتفق مع دراسة المعاني (2009)، التي دلت على أن اهتمام الوزارات في الأردن بتوليد المعرفة على نحو عام، ولكن عليها إيلاء العاملين جلّ عنايتها وذلك بدعم إبداعاتهم وتمكينهم من التعلم والإفادة من خبراتهم المتراكمة باعتبارهم يشكلون مصدر المعرفة الضمنية لديها.

4.1.1.4 مجال عملية تخزين المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة؟

جدول 5.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع.

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	أوثق المعرفة التي أحصل عليها من مصادر مختلفة.	3.74	0.98	74.8	مرتفع
2	3	أستخدم البرمجيات من أجل توثيق المعرفة.	3.45	1.21	69.0	متوسط
3	2	يتوفر في القطاع الصحي الذي أعمل به وسائل اتصال تساعد العاملين في الوصول للمعارف (كمبيوتر، انترنت، البريد الإلكتروني...إلخ).	3.43	1.33	68.8	متوسط
4	4	أستعين ببرامج حاسوبية لحفظ المعرفة واستدعائها.	3.34	1.21	66.8	متوسط
5	6	يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي تقارير وقواعد بيانات.	3.25	1.29	65.0	متوسط
6	5	ينظم القطاع الصحي الخاص والأهلي اجتماعات دورية لتبادل المعارف.	2.85	1.22	57.0	منخفض
		الدرجة الكلية لمجال عملية تخزين المعرفة	3.36	0.83	67.2	متوسط

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (5:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة، كان مرتفعاً على الفقرة (1)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات الباحثين

عليها (74.8)، بينما كان متوسطاً على الفقرات (3، 2، 4، 6) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات الباحثين عليها (69.0، 68.8، 66.8، 65.0) على التوالي، وكانت منخفضة على الفقرة (5) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات الباحثين عليها (57.0)، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة، فقد كانت متوسطة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات الباحثين على هذا المجال (67.2).

تعزو الباحثة ذلك لإدراك الموظفين لأهمية توثيق المعلومات، أو لأنه أمر ضروري في عمل القطاع الصحي الخاص والأهلي وقد يكون طلباً من الإدارة من أجل الرجوع للمعلومات بسهولة واستدعائها وخاصة عند الضرورة.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة الجعبري (2010)، التي دلت نتائجها على ممارسة عمليات خزن المعرفة وسهولة الرجوع إلى السجلات في بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم من وجهة نظر إدارييها في مجال خزن المعرفة.

كما تعتبر الباحثة أنّ ذلك ناتج عن عدم وجود وسائل للتوثيق كالحاسوب بشكل كبير، وعدم وجود شخص مسؤول عن خزن المعرفة مما يؤدي إلى ضياعها.

وقد يعود ذلك كما تعزوه الباحثة إلى صعوبة فهم بشكل كبير لإدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي وعدم وجود إستراتيجية واضحة لتبادل الخبرات بين العاملين أو الاحتفاظ بحاملي المعرفة وخاصة المعرفة الضمنية.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة (Nurluoz & Birol, 2011) التي دلت نتائجها على أنّ إدارة المعرفة جزء هام من التحسين النوعي الذي يؤدي لجهود تعاوني من أجل تحسين الكفاءة، إضافة لذلك فإن التكنولوجيا تلعب دوراً هاماً في تسهيل هذه العملية ويعكس تغذية راجعة نشيطة من خلال تطبيق الأكاديميين لها في مؤسسات التعليم العالي.

كما تتفق مع نتائج دراسة العمري (2004)، التي دلت نتائجها بوجود علاقة بين الاستخدام المشترك لإدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات وبين القيمة العالية لإعمال البنوك التجارية الأردنية.

5.1.1.4 مجال عملية توزيع المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة؟

جدول 6.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	6	يتوافر لدى العاملين رغبة في تبادل المعرفة بينهم.	3.42	1.16	68.2	متوسط
2	2	يتم تبادل الخبرات بين الأقسام المختلفة للإفادة من المعارف المتوافرة.	3.22	1.17	64.4	متوسط
3	1	يشجع القطاع الصحي الخاص والأهلي العاملين على زيادة قدرات العاملين ومهاراتهم في توزيع المعرفة فيما بينهم.	3.15	1.20	63.0	متوسط
4	3	يوزع القطاع الصحي الخاص والأهلي المعارف بين الأقسام المختلفة من خلال تبادل التقارير.	3.13	1.18	62.6	متوسط
5	7	يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي وسائل لتبادل المعرفة الضمنية.	3.08	1.08	61.6	متوسط
6	4	يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي قنوات توزيع معرفية.	2.91	1.16	58.2	منخفض
7	5	يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي مجموعات الحوار في توزيع المعارف الصريحة.	2.85	1.15	57.0	منخفض
		الدرجة الكلية لمجال عملية توزيع المعرفة	3.11	0.98	62.2	متوسط

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (6:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة، كان متوسطاً على الفقرات (6، 2، 1، 3، 7) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (68.2، 64.4، 63.0، 62.6) على التوالي، وكانت منخفضة على الفقرتين (4، 5) حيث بلغت النسب المئوية لاستجابات المبحوثين عليهما (58.2، 57.0) على التوالي، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة، فقد كانت متوسطة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (62.2).

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى أنّ بعض الموظفين يشعرون بعدم الأمان الوظيفي، وخاصة من هم على عقود سنوية أو عقود المياومة؛ مما يؤثر على رغبتهم في تبادل المعرفة وخاصة التي يملكونها في أذهانهم (المعرفة الضمنية)، أو عدم تشجيع الإدارة بمكافآت وحوافز لحاملي المعرفة من أجل نشرها وتوزيعها على العاملين الآخرين وتبادل الخبرات، كما تعزو الباحثة ذلك إلى عدم تقبل الموظفين لتلقي المعرفة من موظفين أقل منهم درجة مثلاً.

كما تعزو الباحثة ذلك إلى قلة القرارات الإدارية في توزيع المعرفة بشكل دوري وعدم وضعها في الخطة الاستراتيجية للقطاع الصحي الخاص والأهلي من خلال الهيكلية التنظيمية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة كراسنة والخليلي (2009) حيث دلت النتائج أنّ وزارة التربية والتعليم الأردنية تستعين بخبراء ومتخصصين من خارج الوزارة لنقل معرفتهم وخبرتهم للعاملين في الوزارة، كما تهتم الوزارة بالمشاركة في المنتديات والندوات وورشات العمل التي يتم عقدها داخل الأردن وخارجه على المستوى الرسمي وغير الرسمي كوسيلة للحصول على المعرفة.

6.1.1.4 مجال عملية استخدام المعرفة

ونص السؤال : ما واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة؟

جدول 7.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي المعرفة في تطوير عمليات أدائه الداخلي.	3.41	1.08	68.2	متوسط
2	8	تُجرى بعض التحسينات على الإجراءات التنظيمية عند إدخال معارف جديدة.	3.28	1.12	65.6	متوسط
3	3	تُستخدم المعارف الجديدة لتعديل التعليمات والإجراءات.	3.27	1.06	65.4	متوسط
4	4	يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي وسائل تساعد في استخدام المعرفة الجديدة.	3.20	1.09	64.0	متوسط
5	7	يتم تبني برامج جديدة عند استخدام المعرفة.	3.20	1.12	64.0	متوسط
6	2	تتضمن استمارة تقييم أداء العاملين معلوماتهم عن المعارف الجديدة.	3.18	1.05	63.6	متوسط
7	6	يتم تبني خدمات جديدة عند استخدام المعرفة.	3.17	1.12	63.4	متوسط
8	5	يستعين القطاع الصحي بخبراء ومتخصصين في حال استخدام معارف جديدة.	3.12	1.20	62.4	متوسط
		الدرجة الكلية لمجال عملية استخدام المعرفة	3.23	0.93	64.6	متوسط

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (7:4) أن واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة، كان متوسطاً على الفقرات (1، 8، 3، 4، 7، 2، 6، 5) حيث بلغت النسب

المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (62.4، 63.4، 63.6، 64.0، 64.0، 65.4، 65.6، 68.2) على التوالي، أما الدرجة الكلية لمجال واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة، فقد كانت متوسطة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (64.6).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن القطاع الصحي الخاص والأهلي، سواء موظفين أم إداريين يسعون إلى تطبيق المعرفة بدرجة متوسطة من أجل تطوير أدائهم حتى يستطيعون مواكبة التغيرات والتطور سواء في التقنية أم في تقديم الخدمة وحتى يستطيعون المحافظة على الميزة التنافسية بينهم وبين المؤسسات الصحية الأخرى لكن قد يواجهون معوقات تمنعهم من تطبيقها داخل المؤسسة.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة عودة (2010) والتي دلت على أن العاملين في الجامعات الفلسطينية من إداريين وأكاديميين يلجؤون عند حلهم للمشكلات بشكل عام إلى تطبيق ما قرأوا وما تعلموا من أساليب معرفية تساعد في حل المشكلة، وكذلك جميع ما نقل إليهم واكتسبوه من معارف ومفاهيم وخبرات من الآخرين في مواجهة ما يطرأ من مشكلات خلال تأديتهم لأعمالهم الإدارية في جامعاتهم، وهذا مما يزيد من معارفهم بشكل ايجابي.

7.1.1.4 ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية

يبين الجدول (8:4) ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.

جدول 8.4: ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية

الترتيب	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	عملية تشخيص المعرفة	3.95	0.55	79.0	مرتفع
2	عملية اكتساب المعرفة	3.53	0.70	70.6	مرتفع
4	عملية تخزين المعرفة	3.36	0.83	67.2	متوسط
6	عملية استخدام المعرفة	3.23	0.93	64.6	متوسط
3	عملية توليد المعرفة	3.16	0.91	63.2	متوسط
5	عملية توزيع المعرفة	3.11	0.98	62.2	متوسط
	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية	3.37	0.70	67.4	متوسطة

يتضح من خلال الجدول (8:4) ما يأتي:

- 1- إن الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية كانت متوسطة، حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لمتوسط استجابات المبحوثين على جميع الفقرات لجميع المجالات (67.4).
- 2- إن ترتيب المجالات تبعاً لدرجاتها الكلية في واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية.

جاءت عملية تشخيص المعرفة واكتساب المعرفة حسب إجابات عينة الدراسة مرتفعة، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يسعون وبشكل مستمر إلى معرفة ما يحتاجونه من معارف وما لديهم من معارف؛ من أجل تطوير ذاتهم بشكل مستمر حتى يستطيعون الاستمرار بالعمل كما يسعون إلى اكتساب معارف جديدة تساعدهم في تطوير أدائهم.

وجاءت عمليات تخزين المعرفة واستخدام المعرفة وتوليد المعرفة بدرجة متوسطة وتعزو الباحثة ذلك إلى أن القطاع الصحي الخاص والأهلي لا يبذل جهداً كافياً في خزن واستخدام وتوليد وتوزيع المعرفة

بسبب تدني الفهم لخزن المعرفة أو توليد معارف جديدة أو توزيعها أو استخدامها بدرجات متفاوتة، أو عدم توافر أجهزة لحفظها أو عدم وجود قرارات إدارية تلزم العاملين في خزن المعرفة.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة البشاشة والحمد (2009) حيث أشارت النتائج أن توافر وظائف إدارة المعرفة في الوزارات الأردنية من وجهة نظر المديرين جاءت بدرجة متوسطة.

كما تتفق مع دراسة أبو فارة (2004)، التي أشارت نتائجها إلى أهمية توجيه المنظمة الحديثة نحو تطبيق مدخل إدارة المعرفة مما يوفر لها إمكانات جديدة وقدرات تنافسية متميزة. كما تتفق مع دراسة عودة (2010) التي دلت نتائجها على وجود علاقة بين عمليات إدارة المعرفة في هذه الدراسة والمتمثلة في تنظيم وتوليد والتشارك، وتطبيق المعرفة.

وهذه النتائج أيضا تتفق مع دراسة الزيات (2007)، التي دلت نتائجها أن درجة واقع الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين كانت مرتفعة في توظيف التقنيات الحديثة في العمل بسهولة بالمدرسة (كالمبيوتر، والإنترنت، والبريد الإلكتروني).

2.1.4 النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني

ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟

وينتفع عنه الأسئلة الفرعية الآتية :

1. ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء؟

2. ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الأداء؟

3. ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الأداء؟

4. ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الأداء؟

1.2.1.4 مجال سرعة الأداء

ونص السؤال: ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء؟
يشير الجدول 9.4 إلى نتائج الإجابة عن السؤال

جدول 9.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء مرتبة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	أنجز الواجبات المطلوبة مني بأسرع مما هو محدد.	4.27	0.73	85.4	مرتفع جداً
2	5	العلاقة بين العاملين والأطراف ذات العلاقة تساعد على سرعة الأداء.	3.89	1.01	77.8	مرتفع
3	4	يتوافر وقت كاف للقيام بالأعمال المطلوبة مني.	3.84	0.88	76.8	مرتفع
4	3	تُحدد الأوقات المناسبة للعمل بما ينسجم مع سرعة إنجاز الأعمال.	3.80	0.96	76.0	مرتفع
5	2	هيكلية القطاع الصحي الذي أعمل به تساعدني على إنجاز الواجبات والمهام بسرعة.	3.60	1.03	72.0	مرتفع
		الدرجة الكلية لمجال سرعة الأداء	3.88	0.70	77.6	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (9:4) أن واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء، كان مرتفعاً جداً على الفقرة (1)، حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليها (85.4)، وكان مرتفعاً على الفقرات (5، 4، 3، 2) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين على هذه الفقرات على التوالي (77.8، 76.8، 76.0،

72.0)، أما الدرجة الكلية لمجال سرعة الأداء، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (77.6).

تعزو الباحثة ذلك إلى إن المهام المطلوبة من العاملين في القطاع الصحي تتطلب السرعة في الإنجاز، فالطبيب يحتاج عمله للسرعة والدقة حيث يتعامل مع حالة مرضية لا تتطلب الانتظار أو التأجيل وكذلك بقية العاملين كالتمرريض والصيدلة والأشعة والمختبرات والعلاج الطبيعي.

كما يعود ذلك إلى طبيعة العلاقة بين العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، فالعمل ضمن الفريق والعلاقة الجيدة يساعد على إنجاز الأعمال بشكل أسرع؛ نظراً لطبيعة العمل في القطاع الصحي الذي يحتاج إلى الجاهزية بكل وقت لعدم معرفة متى يأتي المريض لتلقي العلاج. كما أن الاهتمام بالمرضى هو الهم الأساسي والأول من قبل الموظفين أكثر من الاهتمام بتلقي تدريبات أو حضور ندوات لذلك يتوافر وقت كاف للقيام بالأعمال المطلوبة منهم.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة المعاني (2009) التي دلت أنّ المبحوثين في الوزارات الأردنية يشعرون بمستوى أداء وظيفي مرتفع في مجال سرعة الإنجاز نتيجة إسهام إدارة المعرفة في تقليل وقت إنجاز العمل، وضعف إسهام إدارة المعرفة في تسهيل عملية صنع القرارات في الوزارات الأردنية المبحوثة.

2.2.1.4 مجال جودة الأداء

ونص السؤال: ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الأداء؟

يشير الجدول 10.4 إلى نتائج الإجابة على السؤال

جدول 10.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الأداء مرتبة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	يتم إنجاز الأعمال حسب مطابقتها للمواصفات المهنية.	3.97	0.88	79.4	مرتفع
2	4	يتم إنجاز الأعمال حسب التعليمات المعلنة.	3.97	0.86	79.4	مرتفع
3	3	يوجد متابعة للتأكد من جودة الخدمات المقدمة.	3.81	1.02	76.2	مرتفع
4	6	لا توجد شكاوى حول أدائي.	3.75	0.96	75.0	مرتفع
5	2	تتوافر المتطلبات المادية والفنية؛ لتحسين الأداء.	3.66	1.04	73.2	مرتفع
6	5	لا توجد مقترحات لتحسين أدائي.	3.17	1.15	63.4	متوسط
		الدرجة الكلية لمجال جودة الأداء	3.72	0.68	74.4	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (10:4) أن واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الأداء، كان مرتفعاً على الفقرات (1، 4، 3، 6، 2) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين على هذه الفقرات على التوالي (79.4، 79.4، 76.3، 75.0، 73.2)، وكان متوسطاً على الفقرة (5) حيث بلغت النسبة المئوية للاستجابة عليها (63.4) أما الدرجة الكلية لمجال جودة الأداء، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (74.4).

وتعزو الباحثة النتائج إلى أن القطاع الصحي الخاص والأهلي يقدمون خدمات لفئة المرضى وليس كغيرهم من المؤسسات، ونتيجة لطبيعة هذه الخدمات فإن إنجاز الأعمال يجب أن يكون حسب التعليمات والمواصفات، بمعنى أن إجراء عملية جراحية لمريض تحتاج إلى دقة وأن تكون ضمن المواصفات المهنية، كما تعتمد على الجودة أو النوعية وليس الكم. وكذلك التمريض والصيدلة وبالتالي هذا يعكس على قلة الشكاوى التي توجه لأداء الموظفين.

وانتقلت هذه النتيجة مع نتائج دراسة السعودي (2006) أن المبحوثين راضون عن المستلزمات المادية ولديهم اتجاهات إيجابية نحوها؛ نظرا لحدائثة وجودة المستلزمات المادية المستخدمة في مؤسسة الضمان الاجتماعي، وتلبيتها لاحتياجات العمل وحرص المؤسسة على إيجاد نظام محسوب فعال يلقي رضا المستخدمين وهذا يدل على أن نظم المعلومات الإدارية قد أدت إلى فوائد عديدة متعلقة بالعمل من وجهة نظر المبحوثين مثل: تحسين مستوى الأداء، وتقليل وقت إنجاز العمل، وتقليل عبء العمل، وتوفير المعلومات، وزيادة التعاون بين العاملين.

3.2.1.4 مجال حجم الأداء

ونص السؤال: ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الأداء؟
يشير الجدول 11.4 إلى نتائج الإجابة على السؤال

جدول 11.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الأداء مرتبة تنازليا حسب تقدير الواقع

الترتيب	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	2	أنجز ما يطلب مني من أعمال.	4.46	0.65	89.2	مرتفع جداً
2	1	يتناسب حجم العمل الموكل إلي مع قدراتي.	4.04	0.90	80.8	مرتفع جداً
3	3	يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على إدخال التكنولوجيا لزيادة حجم الأداء.	3.69	1.06	73.8	مرتفع
4	5	تتوافر آليات لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي للتعامل مع حجم العمل في حالة الضغط.	3.51	1.14	70.2	مرتفع
5	4	توزع الأعمال بعدالة بين العاملين.	3.39	1.21	69.8	متوسط
		الدرجة الكلية لمجال حجم الأداء	3.82	0.71	76.4	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (11:4) أن واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الأداء، كان مرتفعاً جداً على الفئتين (2، 1) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليهما على التوالي (89.2، 80.8)، وكان مرتفعاً في الفئتين (3، 5) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليهما على التوالي (73.8، 70.2)، وكان متوسطاً على الفقرة (4) حيث بلغت النسبة المئوية للاستجابة عليها (69.8)، أما الدرجة الكلية لمجال حجم الأداء، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين في هذا المجال (76.4).

تعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن التوظيف في القطاع الصحي الخاص والأهلي يعتمد على المؤهلات التي يجب توافرها بمن يشغل الوظيفة، حتى يتناسب من يتم اختياره لأدائه للوظيفة التي يشغلها فمهنة التمريض تحتاج إلى ممرض قد أنهى تخصص التمريض دبلوم أو بكالوريوس أو أعلى حتى يستطيع القيام بما هو مطلوب منه ويتناسب مع قدراته.

كما قد يعود ذلك إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يرون بأن إدخال التكنولوجيا يزيد من حجم الأداء لأنهم يرونه عبئاً إضافياً يزيد من حجم العمل، كما أن القطاع الصحي الخاص والأهلي يعمل بشكل مستمر على وضع خطة طوارئ لمواجهة أي ضغط في العمل.

كما ويرجع ذلك إلى تقسيم المهام من قبل الإدارة العليا التي تعتمد التقسيم بناء على الخبرة أو القدرة أو من خلال تقييم أداء الموظفين.

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الزيات (2007)، التي دلت أن النتائج متوسطة للأداء الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في إدخال إدارة الوقت للمدارس التي يعملون فيها إلى كثرة الأعمال التي توكل للمديرين، مما يجعل وقتهم غير كاف للقيام بهذه الأعمال جميعها.

4.2.1.4 مجال دقة الأداء

ونص السؤال: ما واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الأداء؟

يشير الجدول 12.4 إلى نتائج الإجابة على السؤال

جدول 12.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الأداء مرتبة تنازلياً حسب تقدير الواقع

التسلسل	الرقم في المجال	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	1	المعاملات المنجزة تتبع المواصفات الموضوعية لها في العمل.	3.90	0.86	78.0	مرتفع
2	2	تتسم إجراءات العمل بالمرونة.	3.78	0.93	75.6	مرتفع
3	4	يتميز أداء العاملين بحده الأدنى من الأخطاء.	3.65	0.98	73.0	مرتفع
4	6	تتوافر معايير للأداء وفق مهام العاملين.	3.48	1.09	69.6	متوسط
5	3	تتسم إجراءات العمل بالبعد عن الروتين.	3.34	1.16	66.8	متوسط
6	5	يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على عقد دورات تدريبية لزيادة مهارات العاملين.	3.24	1.24	64.8	متوسط
الدرجة الكلية لمجال دقة الأداء						
			3.56	0.81	71.2	مرتفع

*أقصى درجة للفقرة (5)

يتضح من خلال الجدول (12:4) أن واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الأداء، كان مرتفعاً على الفقرات (1، 2، 4) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليها على التوالي (78.0، 75.6، 73.0)، وكان متوسطاً على الفقرات (6، 3، 5) حيث بلغت النسبة المئوية لاستجابات المبحوثين عليها على التوالي (69.6، 66.8، 64.8)، أما الدرجة الكلية لمجال دقة الأداء، فقد كانت مرتفعة حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لاستجابات المبحوثين على هذا المجال (71.2).

تعزو الباحثة النتائج إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي مدركون تماماً كل حسب تخصصه ووظيفته للمهام الموكلة له، التي تتناسب مع قدراتهم، كما أن طبيعة العمل في القطاع الصحي لا تتسم بالتعقيد إذا أدرك كل موظف ما هو المطلوب منه كما أن قلة الأخطاء تتسم بالحد الأدنى، ويعود ذلك أن الاهتمام الأول من موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يجب أن يكون

للزبائن (المرضى) لذلك فإن الأداء يجب أن يمتاز بالدقة وقلّة الأخطاء من أجل الحفاظ على سمعة المركز الصحي والموظفين والتنافس مع المؤسسات الصحية الأخرى.

كما قد يعود ذلك إلى أنه من الطبيعي أن يتسم العمل بالقطاع الصحي بالروتين لطبيعة المهام التي يقومون بها الموظفون، وخاصة أن من الصعب مثلا استخدام التدوير الوظيفي لكسر الروتين لأن كل تخصص له متطلباته وقدراته فالمرضى لا يستطيع أن يحل محل الطبيب بشكل كلي لكن الطبيب يستطيع القيام بمهام الممرض، إلا في الوظائف الإدارية فإن التدوير الوظيفي يساعد في كسر الروتين بالوظيفة.

كما أن القطاع الصحي الخاص والأهلي يعقدون دورات تدريبية لكن قد لا تشمل جميع الموظفين، ولا يستفيد منها الجميع فكثير من الموظفين قد يتلقون دورات تدريبية لا يعملون على تطبيقها بعملهم.

وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة المعاني (2009)، التي دلت نتائجها أن تطبيق إدارة المعرفة تزيد من خبرة وكفاءة العاملين في الوزارات الأردنية لمستوى أدائهم الوظيفي جاءت مرتفعة وفقا لمقياس الدراسة.

5.2.1.4 ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية

يبين الجدول (4:13) ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية

جدول 13.4: ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية

الترتيب	المجالات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	تقدير الواقع
1	سرعة الأداء	3.88	0.70	77.6	مرتفع
3	حجم الأداء	3.82	0.71	76.4	مرتفع
2	جودة الأداء	3.72	0.68	74.4	مرتفع
4	دقة الأداء	3.56	0.81	71.2	مرتفع
	الدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية	3.74	0.64	74.8	مرتفع

يتضح من خلال الجدول (13:4) ما يأتي:

1- إن الدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، كانت مرتفعة، حيث بلغت النسبة المئوية الكلية لمتوسط استجابات الباحثين على جميع الفقرات لجميع المجالات (74.8).

2- إن ترتيب المجالات تبعاً لدرجاتها الكلية في واقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، كما في الجدول 13,4

وجميعها جاءت مرتفعة، فسرعة الأداء بالمرتبة الأولى وتعزو الباحثة ذلك إلى أن السرعة مطلوبة في القطاع الصحي الخاص كقطاع حساس يقوم بتقديم الخدمات التي لا تتطلب التأخير أو التأجيل وإنما السرعة في أداء الأعمال.

والمرتبة الثانية حجم الأداء وهذا طبيعي فالقطاع الصحي كقطاع خدمات صحية يولي اهتمامه للمرضى فزيادة الكثافة السكانية تتطلب زيادة حجم العمل.

وفي المرتبة الثالثة جودة الأداء من خلال الوعي بأهمية القطاع الصحي الخاص والأهلي في الوقت الحالي، وأصبح يزداد أهمية بتقديم خدمات نوعية أكثر من كونها كمية وخاصة بزيادة عدد المراكز والمؤسسات الصحية الخاصة في فلسطين ومن أجل المحافظة على الميزة التنافسية فيما بينهم.

وفي المرتبة الرابعة دقة الأداء وهذا أيضا طبيعي فالمؤسسات الصحية الخاصة كلما حرصت على دقة الأداء خرجت بنتائج إيجابية أفضل لصالحها ولصالح الزبائن.

3.1.4 النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث

ما تأثير إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية؟

ولمعرفة تأثير إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، فقد قامت الباحثة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Linear Regression) على المتغير (تطوير أداء العاملين) كمتغير تابع، ومجالات إدارة المعرفة (عملية تشخيص المعرفة، عملية اكتساب المعرفة، عملية توليد المعرفة، عملية تخزين المعرفة، عملية توزيع المعرفة، عملية استخدام المعرفة) كمتغيرات مستقلة، والجدول (14:4) تبين نتائج الإجابة على سؤال الدراسة.

جدول 14.4 : نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين

Adjusted R Square	R Square	R	Sig	قيمة (t)	Std. Error	المعامل (β)	المتغير
0.486	0.497	0.705	*0.001	7.274	0.215	1.561	(الثابت)
			*0.007	2.716	0.060	0.163	عملية تشخيص المعرفة
			0.168	1.383	0.070	0.096	عملية اكتساب المعرفة
			*0.026	2.245	0.062	0.140	عملية تخزين المعرفة
			0.152	1.437-	0.046	-	عملية استخدام المعرفة
			0.062	1.876	0.062	0.115	عملية توليد المعرفة
			*0.001	3.317	0.057	0.190	عملية توزيع المعرفة

تشير نتائج الجدول (14.4) إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين (تطوير أداء العاملين)، وبين مجالات إدارة المعرفة (عملية تشخيص المعرفة، عملية تخزين المعرفة، عملية توزيع المعرفة)، كما تشير نتائج الجدول (14.4) إلى أن قيمة $R^2 = 0.497$ ، و المعدلة = 0.486 ، وهذا يعني أن إدارة المعرفة في هذه الدراسة تفسر 48.6% من تطوير أداء العاملين.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن عملية تشخيص المعرفة وخزن المعرفة وتوزيعها ساهمت في تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، من حيث تعرف الموظفين وبشكل مستمر على ما يحتاجونه من معرفة جديدة وما لديهم من معرفة.

كما أن عملية خزن المعرفة التي يتلقونها سواء من مصادرهم الخاصة أم من مصادر خارجية والقيام بتخزينها في أجهزة الكمبيوتر أو في عقولهم مما يساعد في تطوير أدائهم. وعملية توزيع المعرفة وتطبيقها من خلال تبادل الخبرات مع الآخرين والإفادة من تجاربهم يساعد في تطوير أدائهم.

4.1.4 النتائج المتعلقة بفرضيات الدراسة

1.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الجنس.

ومن أجل فحص الفرضية، استخدمت الباحثة اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين (Independent t-test) ونتائج الجدول (15:4) تبين ذلك:

جدول 15.4: نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الجنس

مستوى الدلالة	(ت) المحسوبة	أنثى (ن=136)		ذكر (ن=131)		الجنس المجال
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.362	0.913	0.52	3.92	0.58	3.98	عملية تشخيص المعرفة
0.992	0.010	0.66	3.53	0.74	3.53	عملية اكتساب المعرفة
0.671	0.426	0.87	3.18	0.95	3.14	عملية تخزين المعرفة
0.444	0.767	0.81	3.32	0.85	3.40	عملية استخدام المعرفة
0.816	0.233	0.94	3.12	1.03	3.09	عملية توليد المعرفة
0.507	0.665	0.90	3.27	0.96	3.19	عملية توزيع المعرفة
0.877	0.155	0.67	3.37	0.73	3.36	الدرجة الكلية لإدارة المعرفة
0.821	0.227	0.67	3.87	0.73	3.89	سرعة الأداء
0.397	0.849	0.63	3.76	0.72	3.69	جودة الأداء
0.725	0.352	0.64	3.83	0.78	3.80	حجم الأداء
0.811	0.239	0.78	3.58	0.85	3.55	دقة الأداء
0.719	0.360	0.60	3.75	0.69	3.72	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين

* دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ ، وبدرجة حرية (265)

يتضح من الجدول (15:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية جميعها أكبر من 0.05.

وتعزو الباحثة عدم وجود فرق بين الذكور والإناث من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي؛ لأن بيئة العمل وطبيعة العمل إلى حد ما متشابهة في القطاع الصحي الخاص والأهلي وأن التدريبات التي يتلقونها أيضا متشابهة بناء على التخصص. وهذا يتفق مع نتائج دراسة المعاني (2009)، التي دلت أنه لا توجد فروق في اتجاهات المبحوثين نحو مستوى أدائهم الوظيفي تعزى لمتغير النوع الاجتماعي.

2.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير العمر.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير العمر، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير العمر، والجدول (16:4) و(17:4) تبين ذلك:

جدول 16.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير العمر

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المجال
0.53	3.97	136	أقل من 35 سنة	عملية تشخيص المعرفة
0.58	3.93	109	من 35-50 سنة	
0.54	3.89	22	أكثر من 50 سنة	
0.70	3.52	136	أقل من 35 سنة	عملية اكتساب المعرفة
0.71	3.54	109	من 35-50 سنة	
0.70	3.48	22	أكثر من 50 سنة	
0.92	3.19	136	أقل من 35 سنة	عملية تخزين المعرفة
0.92	3.16	109	من 35-50 سنة	
0.82	2.98	22	أكثر من 50 سنة	
0.84	3.35	136	أقل من 35 سنة	عملية استخدام المعرفة
0.82	3.40	109	من 35-50 سنة	
0.86	3.27	22	أكثر من 50 سنة	
0.97	3.12	136	أقل من 35 سنة	عملية توليد المعرفة
1.01	3.12	109	من 35-50 سنة	
0.88	2.97	22	أكثر من 50 سنة	
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العمر	المجال

0.90	3.25	136	أقل من 35 سنة	عملية توزيع المعرفة
0.95	3.24	109	من 35-50 سنة	
1.04	3.05	22	أكثر من 50 سنة	
0.67	3.38	136	أقل من 35 سنة	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.73	3.38	109	من 35-50 سنة	
0.68	3.25	22	أكثر من 50 سنة	
0.72	3.89	136	أقل من 35 سنة	سرعة الأداء
0.70	3.85	109	من 35-50 سنة	
0.56	3.95	22	أكثر من 50 سنة	
0.69	3.69	136	أقل من 35 سنة	جودة الأداء
0.68	3.74	109	من 35-50 سنة	
0.61	3.80	22	أكثر من 50 سنة	
0.69	3.83	136	أقل من 35 سنة	حجم الأداء
0.74	3.80	109	من 35-50 سنة	
0.73	3.79	22	أكثر من 50 سنة	
0.82	3.55	136	أقل من 35 سنة	دقة الأداء
0.84	3.59	109	من 35-50 سنة	
0.69	3.54	22	أكثر من 50 سنة	
0.64	3.73	136	أقل من 35 سنة	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
0.66	3.74	109	من 35-50 سنة	
0.57	3.76	22	أكثر من 50 سنة	

جدول 17.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير العمر

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	0.218	2	0.109	0.356	0.700
	داخل المجموعات	80.891	264	0.306		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	0.085	2	0.042	0.086	0.918
	داخل المجموعات	130.263	264	0.493		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	0.852	2	0.426	0.515	0.598
	داخل المجموعات	218.154	264	0.826		
	المجموع	219.006	266			
عملية استخدام المعرفة	بين المجموعات	0.328	2	0.164	0.237	0.789
	داخل المجموعات	182.922	264	0.693		
	المجموع	183.250	266			
عملية توليد المعرفة	بين المجموعات	0.474	2	0.237	0.245	0.783
	داخل المجموعات	255.264	264	0.967		
	المجموع	255.738	266			
عملية توزيع المعرفة	بين المجموعات	0.803	2	0.402	0.463	0.630
	داخل المجموعات	228.854	264	0.867		
	المجموع	229.657	266			
الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	بين المجموعات	0.349	2	0.175	0.359	0.699
	داخل المجموعات	128.301	264	0.486		
	المجموع	128.650	266			
سرعة الأداء	بين المجموعات	0.248	2	0.124	0.253	0.777
	داخل المجموعات	129.260	264	0.490		
	المجموع	129.508	266			

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
جودة الأداء	بين المجموعات	0.286	2	0.143	0.311	0.733
	داخل المجموعات	121.630	264	0.461		
	المجموع	121.917	266			
حجم الأداء	بين المجموعات	0.066	2	0.033	0.065	0.937
	داخل المجموعات	135.334	264	0.513		
	المجموع	135.401	266			
دقة الأداء	بين المجموعات	0.112	2	0.056	0.084	0.919
	داخل المجموعات	175.923	264	0.666		
	المجموع	176.035	266			
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	بين المجموعات	0.015	2	0.007	0.018	0.982
	داخل المجموعات	109.196	264	0.414		
	المجموع	109.210	266			

*دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

يتضح من الجدول (17:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير العمر، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية جميعها أكبر من 0.05.

وتعزو الباحثة هذه النتائج إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي رغم اختلاف فئاتهم العمرية لديهم معرفة بعمليات إدارة المعرفة من خلال اطلاعهم المستمر على المعرفة ومواكبة التطورات التي تحسن من أدائهم الوظيفي كل حسب طبيعة عمله.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة الجعبري (2010)، التي دلت بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة إدراك إداريي بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم لمفهوم إدارة المعرفة تعزى إلى متغير العمر.

3.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير المؤهل العلمي، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي، والجداول (18:4) و(19:4) تبين ذلك:

جدول 18.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤهل العلمي	المجال
0.56	3.96	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية تشخيص المعرفة
0.53	3.92	118	بكالوريوس	
0.49	4.08	20	ماجستير	
0.77	3.82	10	دكتوراه	
0.75	3.61	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية اكتساب المعرفة
0.65	3.47	118	بكالوريوس	
0.60	3.51	20	ماجستير	
0.87	3.23	10	دكتوراه	
0.96	3.33	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية تخزين المعرفة
0.84	3.07	118	بكالوريوس	
0.84	2.91	20	ماجستير	
0.80	2.71	10	دكتوراه	
0.91	3.36	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية استخدام المعرفة
0.80	3.32	118	بكالوريوس	
0.60	3.57	20	ماجستير	
0.57	3.38	10	دكتوراه	
1.03	3.26	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية توليد المعرفة
0.91	3.03	118	بكالوريوس	
0.96	2.86	20	ماجستير	

1.01	2.76	10	دكتوراه	
1.02	3.31	119	دبلوم متوسط فما دون	عملية توزيع المعرفة
0.85	3.20	118	بكالوريوس	
0.92	3.11	20	ماجستير	
0.72	2.85	10	دكتوراه	
0.77	3.46	119	دبلوم متوسط فما دون	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.63	3.31	118	بكالوريوس	
0.61	3.30	20	ماجستير	
0.61	3.07	10	دكتوراه	
0.69	3.96	119	دبلوم متوسط فما دون	سرعة الأداء
0.67	3.85	118	بكالوريوس	
0.79	3.84	20	ماجستير	
0.83	3.36	10	دكتوراه	
0.70	3.79	119	دبلوم متوسط فما دون	جودة الأداء
0.62	3.70	118	بكالوريوس	
0.74	3.63	20	ماجستير	
0.85	3.33	10	دكتوراه	
0.73	3.88	119	دبلوم متوسط فما دون	حجم الأداء
0.62	3.85	118	بكالوريوس	
0.81	3.63	20	ماجستير	
0.98	3.12	10	دكتوراه	
0.79	3.68	119	دبلوم متوسط فما دون	دقة الأداء
0.74	3.56	118	بكالوريوس	
1.02	3.23	20	ماجستير	
1.05	2.90	10	دكتوراه	
0.65	3.82	119	دبلوم متوسط فما دون	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
0.57	3.73	118	بكالوريوس	
0.76	3.57	20	ماجستير	
0.87	3.17	10	دكتوراه	

جدول 19.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	0.645	3	0.215	0.702	0.551
	داخل المجموعات	80.465	263	0.306		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	2.125	3	0.708	1.453	0.228
	داخل المجموعات	128.223	263	0.488		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	7.749	3	2.583	3.215	0.023 *
	داخل المجموعات	211.257	263	0.803		
	المجموع	219.006	266			
عملية استخدام المعرفة	بين المجموعات	1.058	3	0.353	0.509	0.676
	داخل المجموعات	182.192	263	0.693		
	المجموع	183.250	266			
عملية توليد المعرفة	بين المجموعات	5.906	3	1.969	2.072	0.104
	داخل المجموعات	249.832	263	0.950		
	المجموع	255.738	266			
عملية توزيع المعرفة	بين المجموعات	2.594	3	0.865	1.001	0.393
	داخل المجموعات	227.064	263	0.863		
	المجموع	229.657	266			
الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	بين المجموعات	2.358	3	0.786	1.637	0.181
	داخل المجموعات	126.292	263	0.480		
	المجموع	128.650	266			
سرعة الأداء	بين المجموعات	3.661	3	1.220	2.550	0.056
	داخل المجموعات	125.847	263	0.479		
	المجموع	129.508	266			

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
جودة الأداء	بين المجموعات	2.355	3	0.785	1.727	0.162
	داخل المجموعات	119.561	263	0.455		
	المجموع	121.917	266			
حجم الأداء	بين المجموعات	6.100	3	2.033	4.136	0.007*
	داخل المجموعات	129.301	263	0.492		
	المجموع	135.401	266			
دقة الأداء	بين المجموعات	8.289	3	2.763	4.332	0.005*
	داخل المجموعات	167.746	263	0.638		
	المجموع	176.035	266			
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	بين المجموعات	4.584	3	1.528	3.841	0.010*
	داخل المجموعات	104.627	263	0.398		
	المجموع	109.210	266			

*دال إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (19:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المؤهل العلمي، في مجالات عملية تشخيص المعرفة، وعملية اكتساب المعرفة، وعملية استخدام المعرفة، وعملية توليد المعرفة، وعملية توزيع المعرفة، والدرجة الكلية لإدارة المعرفة، وسرعة الأداء، وجودة الأداء، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المؤهل العلمي، في مجالات عملية تخزين المعرفة، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أصغر من 0.05، ولتعرف مصدر الفروق، فقد استخدمت الباحثة اختبار شيفيه للمقارنة البعدية Scheffe Post Hoc Test، والجدول (20 : 4) يبين نتائج المقارنة.

جدول 20.4: نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات عملية تخزين المعرفة، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير المؤهل العلمي

المجال	المؤهل العلمي	المتوسط	دبلوم متوسط فما دون	بكالوريوس	ماجستير	دكتوراه
عملية تخزين المعرفة	دبلوم متوسط فما دون	3.33		0.264	0.419	*0.619
	بكالوريوس	3.07			0.155	0.355
	ماجستير	2.91				0.200
	دكتوراه	2.71				
حجم الأداء	دبلوم متوسط فما دون	3.88		0.030	0.247	*0.757
	بكالوريوس	3.85			0.217	*0.727
	ماجستير	3.63				0.510
	دكتوراه	3.12				
دقة الأداء	دبلوم متوسط فما دون	3.68		0.117	0.454	*0.779
	بكالوريوس	3.56			0.337	0.662
	ماجستير	3.23				0.325
	دكتوراه	2.90				
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	دبلوم متوسط فما دون	3.82		0.091	0.253	*0.647
	بكالوريوس	3.73			0.163	0.556
	ماجستير	3.57				0.393
	دكتوراه	3.17				

*دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يشير الجدول (4 : 20) إلى :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث مجال عملية تخزين المعرفة وفق متغير المؤهل العلمي، بين حملة الدبلوم المتوسط فما دون، وحملة الدكتوراه، ولصالح الدبلوم المتوسط فما دون.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث مجال حجم الأداء وفق متغير المؤهل العلمي، بين حملة الدبلوم المتوسط فما دون، وحملة الدكتوراه، ولصالح الدبلوم المتوسط فما دون.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث مجال حجم الأداء وفق متغير المؤهل العلمي، بين حملة البكالوريوس، وحملة الدكتوراه، ولصالح البكالوريوس.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث مجال دقة الأداء وفق متغير المؤهل العلمي، بين حملة الدبلوم المتوسط فما دون، وحملة الدكتوراه، ولصالح الدبلوم المتوسط فما دون.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير المؤهل العلمي، بين حملة الدبلوم المتوسط فما دون، وحملة الدكتوراه، ولصالح الدبلوم المتوسط فما دون.

وتعزو الباحثة السبب في ذلك إلى أن القطاع الصحي الخاص والأهلي عند عملية اختيار وتعيين الموظفين يعتمد على شروط ومواصفات معينة بناء على المؤهل العلمي والتدريب وسنوات الخبرة وامتحان المستوى والمقابلة الشخصية، لذلك فإن عدم وجود فروق في عمليات إدارة المعرفة بين الموظفين على اختلاف مؤهلاتهم العلمية والدبلوم المتوسط فما دون قد يعود إلى سنوات خبرة عالية تتساوى مع المؤهلات العلمية الأخرى العالية.

لكن وجود اختلاف بين المؤهل العلمي لدى أفراد عينة الدراسة في عملية خزن المعرفة، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين قد تعزو الباحثة سبب ذلك إلى أنّ خزن المعرفة يتطلب مهارات وتدريب من أجل استخدام وسائل حفظ المعرفة كالكومبيوتر، وأن الحاصلين على مستوى دبلوم متوسط أو أقل يعتمدون على حفظ المعرفة، أما الباقيون فيعتمدون على التحليل ولديهم قدرة على الحصول على المعرفة المخزنة عن طريق الانترنت.

بينما حجم ودقة الأداء قد يعود إلى قدرات أفراد العينة على تحمل ضغط العمل والإنجاز فيكون لصالح حملة البكالوريوس والدبلوم المتوسط فما دون.

4.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير المسمى الوظيفي، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المسمى الوظيفي، والجدول (21:4) و (22:4) تبين ذلك:

جدول 21.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المسمى الوظيفي	المجال
0.51	4.17	13	مدير	عملية تشخيص المعرفة
0.82	3.75	2	نائب مدير	
0.49	4.03	60	رئيس قسم	
0.68	3.98	7	رئيس شعبة	
0.57	3.91	185	موظف	
0.29	3.46	13	مدير	عملية اكتساب المعرفة
1.59	2.63	2	نائب مدير	
0.59	3.60	60	رئيس قسم	
1.27	3.54	7	رئيس شعبة	
0.72	3.52	185	موظف	
0.80	2.97	13	مدير	عملية تخزين المعرفة
0.53	2.00	2	نائب مدير	
0.83	3.17	60	رئيس قسم	
1.35	3.09	7	رئيس شعبة	
0.92	3.19	185	موظف	
0.55	3.83	13	مدير	عملية استخدام المعرفة
0.99	3.70	2	نائب مدير	
0.71	3.35	60	رئيس قسم	
1.00	3.29	7	رئيس شعبة	
0.87	3.33	185	موظف	

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المسمى الوظيفي	المجال
0.83	3.15	13	مدير	عملية توليد المعرفة
1.11	2.79	2	نائب مدير	
0.86	3.08	60	رئيس قسم	
1.32	2.82	7	رئيس شعبة	
1.02	3.13	185	موظف	
0.54	3.25	13	مدير	عملية توزيع المعرفة
0.62	3.31	2	نائب مدير	
0.89	3.24	60	رئيس قسم	
1.39	2.80	7	رئيس شعبة	
0.95	3.24	185	موظف	
0.38	3.43	13	مدير	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.94	2.94	2	نائب مدير	
0.61	3.39	60	رئيس قسم	
1.16	3.22	7	رئيس شعبة	
0.72	3.37	185	موظف	
0.64	3.52	13	مدير	سرعة الأداء
1.84	3.30	2	نائب مدير	
0.67	3.91	60	رئيس قسم	
0.42	3.77	7	رئيس شعبة	
0.70	3.90	185	موظف	
0.53	3.67	13	مدير	جودة الأداء
1.53	3.25	2	نائب مدير	
0.68	3.78	60	رئيس قسم	
0.64	3.40	7	رئيس شعبة	
0.68	3.72	185	موظف	

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المسمى الوظيفي	المجال
0.50	3.54	13	مدير	حجم الأداء
0.71	3.30	2	نائب مدير	
0.70	3.84	60	رئيس قسم	
0.86	3.54	7	رئيس شعبة	
0.72	3.85	185	موظف	
0.55	3.36	13	مدير	دقة الأداء
1.06	2.58	2	نائب مدير	
0.77	3.55	60	رئيس قسم	
1.12	3.26	7	رئيس شعبة	
0.82	3.60	185	موظف	
0.38	3.52	13	مدير	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
1.29	3.09	2	نائب مدير	
0.64	3.76	60	رئيس قسم	
0.65	3.48	7	رئيس شعبة	
0.65	3.76	185	موظف	

جدول 22.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المسمى الوظيفي

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	1.409	4	0.352	1.158	0.330
	داخل المجموعات	79.701	262	0.304		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	2.025	4	0.506	1.033	0.390
	داخل المجموعات	128.323	262	0.490		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	3.317	4	0.829	1.007	0.404
	داخل المجموعات	215.689	262	0.823		
	المجموع	219.006	266			
عملية استخدام المعرفة	بين المجموعات	3.302	4	0.826	1.202	0.310
	داخل المجموعات	179.948	262	0.687		
	المجموع	183.250	266			
عملية توليد المعرفة	بين المجموعات	0.950	4	0.237	0.244	0.913
	داخل المجموعات	254.788	262	0.972		
	المجموع	255.738	266			
عملية توزيع المعرفة	بين المجموعات	1.310	4	0.328	0.376	0.826
	داخل المجموعات	228.347	262	0.872		
	المجموع	229.657	266			
الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	بين المجموعات	0.600	4	0.150	0.307	0.873
	داخل المجموعات	128.050	262	0.489		
	المجموع	128.650	266			
سرعة الأداء	بين المجموعات	2.570	4	0.642	1.326	0.261
	داخل المجموعات	126.939	262	0.484		
	المجموع	129.508	266			

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
جودة الأداء	بين المجموعات	1.377	4	0.344	0.749	0.560
	داخل المجموعات	120.539	262	0.460		
	المجموع	121.917	266			
حجم الأداء	بين المجموعات	2.250	4	0.563	1.107	0.354
	داخل المجموعات	133.151	262	0.508		
	المجموع	135.401	266			
دقة الأداء	بين المجموعات	3.420	4	0.855	1.298	0.271
	داخل المجموعات	172.615	262	0.659		
	المجموع	176.035	266			
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	بين المجموعات	2.033	4	0.508	1.242	0.293
	داخل المجموعات	107.178	262	0.409		
	المجموع	109.210	266			

*دال إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

يتضح من الجدول (22:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المسمى الوظيفي، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية جميعها أكبر من 0.05.

وتعزو الباحثة ذلك إلى أنه رغم اختلاف المسمى الوظيفي (مدير، نائب مدير، رئيس قسم، رئيس شعبة، موظف) لا يوجد فروق فيما بينهم لأن كل مسمى يقوم بمهامه الموكلة إليه والقيام بواجباته وصلاحياته حيث يقومون جميعا بعمليات إدارة المعرفة لكن بنسب متفاوتة فيما بينهم وبالتالي ينعكس على تطوير ادائهم في مجالاته (سرعة الأداء، ودقة الأداء، وحجم الأداء، وجودة الأداء).

وتعارضت هذه النتيجة مع نتائج دراسة العزام (2007)، التي بينت وجود فروق إحصائية في اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو المجالات (ترابط شبكات نظم المعلومات، مرونة شبكات نظم المعلومات، دعم الإدارة العليا، مبادرات تطوير وتحسين الأداء) تعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

والتفتت مع دراسة الجعبري (2010)، التي دلت بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة إدراك إداريي بلديات محافظتي الخليل وبيت لحم لمفهوم إدارة المعرفة تعزى إلى متغير المسمى الوظيفي.

5.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير سنوات الخبرة.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير سنوات الخبرة، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير سنوات الخبرة، والجداول (23:4) و (24:4) تبين ذلك:

جدول 23.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين
تعزى لمتغير سنوات الخبرة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	سنوات الخبرة	المجال
0.53	3.96	106	أقل من 6 سنوات	عملية تشخيص المعرفة
0.47	4.09	31	من 6-10 سنوات	
0.56	3.91	44	من 11-15 سنة	
0.60	3.90	86	أكثر من 15 سنة	
0.69	3.59	106	أقل من 6 سنوات	عملية اكتساب المعرفة
0.56	3.58	31	من 6-10 سنوات	
0.70	3.36	44	من 11-15 سنة	
0.75	3.51	86	أكثر من 15 سنة	
0.89	3.30	106	أقل من 6 سنوات	عملية تخزين المعرفة
1.00	3.13	31	من 6-10 سنوات	
0.81	2.92	44	من 11-15 سنة	
0.92	3.12	86	أكثر من 15 سنة	
0.83	3.41	106	أقل من 6 سنوات	عملية استخدام المعرفة
0.83	3.43	31	من 6-10 سنوات	
0.73	3.36	44	من 11-15 سنة	
0.89	3.27	86	أكثر من 15 سنة	
1.02	3.20	106	أقل من 6 سنوات	عملية توليد المعرفة
0.91	3.26	31	من 6-10 سنوات	
0.88	2.84	44	من 11-15 سنة	
0.99	3.07	86	أكثر من 15 سنة	
0.89	3.30	106	أقل من 6 سنوات	عملية توزيع المعرفة
1.02	3.31	31	من 6-10 سنوات	
0.85	3.03	44	من 11-15 سنة	
0.98	3.22	86	أكثر من 15 سنة	

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	سنوات الخبرة	المجال
0.68	3.44	106	أقل من 6 سنوات	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.65	3.44	31	من 6-10 سنوات	
0.64	3.21	44	من 11-15 سنة	
0.75	3.34	86	أكثر من 15 سنة	
0.67	3.97	106	أقل من 6 سنوات	سرعة الأداء
0.84	3.85	31	من 6-10 سنوات	
0.64	3.63	44	من 11-15 سنة	
0.68	3.90	86	أكثر من 15 سنة	
0.63	3.75	106	أقل من 6 سنوات	جودة الأداء
0.80	3.78	31	من 6-10 سنوات	
0.68	3.36	44	من 11-15 سنة	
0.63	3.85	86	أكثر من 15 سنة	
0.69	3.92	106	أقل من 6 سنوات	حجم الأداء
0.76	3.72	31	من 6-10 سنوات	
0.68	3.50	44	من 11-15 سنة	
0.70	3.89	86	أكثر من 15 سنة	
0.75	3.65	106	أقل من 6 سنوات	دقة الأداء
0.98	3.60	31	من 6-10 سنوات	
0.89	3.17	44	من 11-15 سنة	
0.73	3.65	86	أكثر من 15 سنة	
0.59	3.81	106	أقل من 6 سنوات	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
0.78	3.73	31	من 6-10 سنوات	
0.61	3.40	44	من 11-15 سنة	
0.61	3.82	86	أكثر من 15 سنة	

جدول 24.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير سنوات الخبرة

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	0.884	3	0.295	0.966	0.409
	داخل المجموعات	80.226	263	0.305		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	1.835	3	0.612	1.252	0.292
	داخل المجموعات	128.513	263	0.489		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	4.916	3	1.639	2.013	0.112
	داخل المجموعات	214.090	263	814.		
	المجموع	219.006	266			
عملية استخدام المعرفة	بين المجموعات	1.064	3	0.355	0.512	0.674
	داخل المجموعات	182.186	263	0.693		
	المجموع	183.250	266			
عملية توليد المعرفة	بين المجموعات	4.925	3	1.642	1.721	0.163
	داخل المجموعات	250.813	263	0.954		
	المجموع	255.738	266			
عملية توزيع المعرفة	بين المجموعات	2.486	3	0.829	0.959	0.412
	داخل المجموعات	227.171	263	0.864		
	المجموع	229.657	266			
الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	بين المجموعات	1.943	3	0.648	1.344	0.260
	داخل المجموعات	126.708	263	0.482		
	المجموع	128.650	266			

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
سرعة الأداء	بين المجموعات	3.769	3	1.256	2.628	0.051
	داخل المجموعات	125.739	263	0.478		
	المجموع	129.508	266			
جودة الأداء	بين المجموعات	7.288	3	2.429	5.574	0.001 *
	داخل المجموعات	114.628	263	0.436		
	المجموع	121.917	266			
حجم الأداء	بين المجموعات	6.236	3	2.079	4.232	0.006 *
	داخل المجموعات	129.165	263	0.491		
	المجموع	135.401	266			
دقة الأداء	بين المجموعات	8.086	3	2.695	4.221	0.006 *
	داخل المجموعات	167.949	263	0.639		
	المجموع	176.035	266			
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	بين المجموعات	6.022	3	2.007	5.116	0.002 *
	داخل المجموعات	103.188	263	0.392		
	المجموع	109.210	266			

*دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

يتضح من الجدول (24:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير سنوات الخبرة، في مجالات عملية تشخيص المعرفة، وعملية اكتساب المعرفة، وعملية تخزين المعرفة، وعملية استخدام المعرفة، وعملية توليد المعرفة، وعملية توزيع المعرفة، والدرجة الكلية لإدارة المعرفة، وسرعة الأداء، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء

العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير سنوات الخبرة، في مجالات جودة الأداء، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أصغر من 0.05، ولتعرف مصدر الفروق، فقد استخدمت الباحثة اختبار شيفيه للمقارنة البعدية Scheffe Post Hoc Test، والجدول (4 : 25) يبين نتائج المقارنة

جدول 25.4: نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات حجم الأداء، وجودة

الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير سنوات الخبرة

المجال	سنوات الخبرة	المتوسط	أقل من 6 سنوات	من 6-10 سنوات	من 11-15 سنوات	أكثر من 15 سنة
جودة الأداء	أقل من 6 سنوات	3.75		0.033-	*0.383	0.106-
	من 6-10 سنوات	3.78			0.416	0.073-
	من 11-15 سنة	3.36				*0.489-
	أكثر من 15 سنة	3.85				
حجم الأداء	أقل من 6 سنوات	3.92		0.196	*0.419	0.030
	من 6-10 سنوات	3.72			0.223	0.166-
	من 11-15 سنة	3.50				*0.388-
	أكثر من 15 سنة	3.89				
دقة الأداء	أقل من 6 سنوات	3.65		0.051	*0.474	0.001-
	من 6-10 سنوات	3.60			0.423	0.052-
	من 11-15 سنة	3.17				*0.475-
	أكثر من 15 سنة	3.65				
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	أقل من 6 سنوات	3.81		0.077	*0.407	0.007-
	من 6-10 سنوات	3.73			0.330	0.083-
	من 11-15 سنة	3.40				*0.414-
	أكثر من 15 سنة	3.82				

*دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يشير الجدول (4 : 25) إلى :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال جودة الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (أقل من 6 سنوات) و(من 11-15 سنة)، ولصالح (أقل من 6 سنوات).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال جودة الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (من 11-15 سنة) و(أكثر من 15 سنة)، ولصالح (أكثر من 15 سنة).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال حجم الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (أقل من 6 سنوات) و(من 11-15 سنة)، ولصالح (أقل من 6 سنوات).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال حجم الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (من 11-15 سنة) و(أكثر من 15 سنة)، ولصالح (أكثر من 15 سنة).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال دقة الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (أقل من 6 سنوات) و(من 11-15 سنة)، ولصالح (أقل من 6 سنوات).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال دقة الأداء وفق متغير سنوات الخبرة، بين (من 11-15 سنة) و(أكثر من 15 سنة)، ولصالح (أكثر من 15 سنة).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير سنوات الخبرة، بين (أقل من 6 سنوات) و(من 11-15 سنة)، ولصالح (أقل من 6 سنوات).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث لتطوير أداء العاملين وفق متغير سنوات الخبرة، بين (من 11-15 سنة) و(أكثر من 15 سنة)، ولصالح (أكثر من 15 سنة).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن عدم وجود فروق بين الموظفين على اختلاف سنوات خبراتهم أنهم يقومون بالعمل على زيادة المعرفة لديهم واكتساب معرفة جديدة وتبادل الخبرة أيضا.

وسرعة الأداء كما سبق ذكره أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يجب أن يكونوا جاهزين لأي طارئ نتيجة لطبيعة العمل لديهم مما يؤدي إلى سرعة الأداء.

بينما تعزو الباحثة وجود فروق في مجال جودة الأداء وحجم الأداء ودقة الأداء والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين لمتغير سنوات الخبرة كانت دائما لصالح (اقل من 6سنوات) (وأكثر من 15سنة) مما يعني أن الموظفين الذين لديهم خبرة اقل من 6سنوات أي رغم قلة الخبرة لديهم إلا أنهم أثناء تلقيهم التعليم الأكاديمي كانوا يقرؤون بشكل مستمر لمواكبة التطور الأكاديمي إضافة إلى أن منهم من يكمل تعليمه الأكاديمي أثناء ممارسة عمله، وأن من لديهم خبرة أكثر من 15 سنة فهم اكتسبوا من خلال عملهم وتبادل الخبرات بين الزملاء إضافة إلى خبرتهم العملية.

6.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الدورات التدريبية.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير الدورات التدريبية، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الدورات التدريبية، والجدول (26:4) و(27:4) تبين ذلك:

جدول 26.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين
تعزى لمتغير الدورات التدريبية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الدورات التدريبية	المجال
0.61	3.89	113	أقل من 3 دورات	عملية تشخيص المعرفة
0.47	3.94	78	(3-5) دورات	
0.52	4.03	76	أكثر من 5 دورات	
0.71	3.51	113	أقل من 3 دورات	عملية اكتساب المعرفة
0.71	3.51	78	(3-5) دورات	
0.69	3.57	76	أكثر من 5 دورات	
0.96	3.13	113	أقل من 3 دورات	عملية تخزين المعرفة
0.87	3.17	78	(3-5) دورات	
0.87	3.19	76	أكثر من 5 دورات	
0.87	3.28	113	أقل من 3 دورات	عملية استخدام المعرفة
0.86	3.27	78	(3-5) دورات	
0.69	3.58	76	أكثر من 5 دورات	
1.03	3.06	113	أقل من 3 دورات	عملية توليد المعرفة
0.97	3.16	78	(3-5) دورات	
0.93	3.13	76	أكثر من 5 دورات	
0.95	3.21	113	أقل من 3 دورات	عملية توزيع المعرفة
0.92	3.20	78	(3-5) دورات	
0.92	3.29	76	أكثر من 5 دورات	
0.72	3.33	113	أقل من 3 دورات	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.70	3.36	78	(3-5) دورات	
0.65	3.44	76	أكثر من 5 دورات	
0.70	3.90	113	أقل من 3 دورات	سرعة الأداء
0.69	3.86	78	(3-5) دورات	
0.72	3.87	76	أكثر من 5 دورات	

0.69	3.75	113	أقل من 3 دورات	جودة الأداء
0.69	3.71	78	(3-5) دورات	
0.65	3.70	76	أكثر من 5 دورات	
0.75	3.85	113	أقل من 3 دورات	حجم الأداء
0.71	3.84	78	(3-5) دورات	
0.66	3.74	76	أكثر من 5 دورات	
0.80	3.59	113	أقل من 3 دورات	دقة الأداء
0.85	3.57	78	(3-5) دورات	
81.	3.53	76	أكثر من 5 دورات	
0.65	3.76	113	أقل من 3 دورات	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
0.65	3.73	78	(3-5) دورات	
0.62	3.70	76	أكثر من 5 دورات	

جدول 27.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الدورات التدريبية

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	0.900	2	0.450	1.481	0.229
	داخل المجموعات	80.209	264	0.304		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	0.210	2	0.105	0.213	0.808
	داخل المجموعات	130.137	264	0.493		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	0.148	2	0.074	0.089	0.915
	داخل المجموعات	218.858	264	0.829		
	المجموع	219.006	266			

*0.023	3.809	2.570	2	5.140	بين المجموعات	عملية استخدام المعرفة
		0.675	264	178.111	داخل المجموعات	
			266	183.250	المجموع	
0.756	0.280	0.271	2	0.541	بين المجموعات	عملية توليد المعرفة
		0.967	264	255.197	داخل المجموعات	
			266	255.738	المجموع	
0.794	0.231	0.201	2	0.402	بين المجموعات	عملية توزيع المعرفة
		0.868	264	229.255	داخل المجموعات	
			266	229.657	المجموع	
0.552	0.596	0.289	2	0.579	بين المجموعات	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
		0.485	264	128.072	داخل المجموعات	
			266	128.650	المجموع	
0.931	0.072	0.035	2	0.070	بين المجموعات	سرعة الأداء
		0.490	264	129.438	داخل المجموعات	
			266	129.508	المجموع	
0.863	0.147	0.068	2	0.136	بين المجموعات	جودة الأداء
		0.461	264	121.781	داخل المجموعات	
			266	121.917	المجموع	
0.554	0.592	0.302	2	0.604	بين المجموعات	حجم الأداء
		0.511	264	134.796	داخل المجموعات	
			266	135.401	المجموع	
0.884	0.123	0.082	2	0.164	بين المجموعات	دقة الأداء
		0.666	264	175.871	داخل المجموعات	
			266	176.035	المجموع	
0.816	0.203	0.084	2	0.168	بين المجموعات	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
		0.413	264	109.043	داخل المجموعات	
			266	109.210	المجموع	

*دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (27:4) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الدورات التدريبية، في مجالات عملية تشخيص المعرفة، وعملية اكتساب المعرفة، وعملية تخزين المعرفة، وعملية توليد المعرفة، وعملية توزيع المعرفة، والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة، وسرعة الأداء، وجودة الأداء، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير الدورات التدريبية، في مجال عملية استخدام المعرفة، حيث كانت قيمة الدلالة أصغر من 0.05، ولتعرف مصدر الفروق، فقد استخدمت الباحثة اختبار شيفيه للمقارنة البعدية Scheffe Post Hoc Test، والجدول (4 : 28) يبين نتائج المقارنة

جدول 28.4: نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجال عملية استخدام المعرفة وفق متغير الدورات التدريبية

الدورات التدريبية	المتوسط	أقل من 3 دورات	(3-5) دورات	أكثر من 5 دورات
أقل من 3 دورات	3.28		0.013	-0.302*
(3-5) دورات	3.27			-0.315*
أكثر من 5 دورات	3.58			

*دال إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يشير الجدول (4 : 28) إلى :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال عملية استخدام المعرفة، تعزى لمتغير الدورات التدريبية، بين (أقل من 3 دورات)، و(أكثر من 5 دورات).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث مجال عملية استخدام المعرفة، تعزى لمتغير الدورات التدريبية، بين (3-5 دورات)، و(أكثر من 5 دورات).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي على اختلاف عدد الدورات التدريبية التي يتلقونها، لديهم القدرة على فهم عمليات استخدام المعرفة من خلال عملهم كما تزيد الدورات التدريبية من المعرفة لديهم لأنهم يتلقون معارف جديدة من خلال الدورات التدريبية، وبالتالي ينعكس ما تعلموه على أدائهم.

أما وجود الاختلاف بين أفراد عينة الدراسة كان في مجال استخدام المعرفة لصالح من تلقى أكثر من 5 دورات تدريبية لأن استخدام المعرفة يعني (الإفادة الفعلية من المعرفة بطريقة فعالة تتضمن أهداف المنظمة بكفاءة وفاعلية).

كما يدل هذا على أن الموظفين الذين يتلقون أكثر من (5) دورات تدريبية قد تكون وظائفهم إدارية، أي لديهم القدرة على اتخاذ القرار.

7.4.1.4 النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المهنة.

ومن أجل فحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تبعا لمتغير المهنة، ومن ثم استخدم تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) للتعرف على دلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المهنة، والجداول (29:4) و(30:4) تبين ذلك:

جدول 29.4: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين
تعزى لمتغير المهنة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المهنة	المجال
0.55	3.92	31	مدير	عملية تشخيص المعرفة
0.56	3.97	102	نائب مدير	
0.52	3.97	57	رئيس قسم	
0.64	3.50	7	رئيس شعبة	
0.56	3.95	70	موظف	
0.65	3.31	31	مدير	عملية اكتساب المعرفة
0.68	3.65	102	نائب مدير	
0.75	3.51	57	رئيس قسم	
0.86	3.20	7	رئيس شعبة	
0.67	3.48	70	موظف	
0.80	2.85	31	مدير	عملية تخزين المعرفة
0.87	3.39	102	نائب مدير	
0.88	3.13	57	رئيس قسم	
0.68	2.91	7	رئيس شعبة	
0.98	3.01	70	موظف	
0.66	3.37	31	مدير	عملية استخدام المعرفة
0.91	3.26	102	نائب مدير	
0.90	3.29	57	رئيس قسم	
0.36	3.29	7	رئيس شعبة	
0.72	3.57	70	موظف	
0.98	2.71	31	مدير	عملية توليد المعرفة
0.97	3.27	102	نائب مدير	
0.96	3.01	57	رئيس قسم	
0.63	2.94	7	رئيس شعبة	
1.00	3.15	70	موظف	
0.87	3.05	31	مدير	عملية توزيع المعرفة
0.95	3.30	102	نائب مدير	
0.87	3.21	57	رئيس قسم	
0.61	3.21	7	رئيس شعبة	
1.00	3.23	70	موظف	

0.60	3.16	31	مدير	الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة
0.72	3.46	102	نائب مدير	
0.70	3.34	57	رئيس قسم	
0.51	3.15	7	رئيس شعبة	
0.71	3.37	70	موظف	
0.67	3.65	31	مدير	سرعة الأداء
0.67	3.96	102	نائب مدير	
0.71	3.90	57	رئيس قسم	
0.82	3.60	7	رئيس شعبة	
0.72	3.87	70	موظف	
0.62	3.46	31	مدير	جودة الأداء
0.66	3.78	102	نائب مدير	
0.68	3.80	57	رئيس قسم	
0.72	3.55	7	رئيس شعبة	
0.71	3.71	70	موظف	
0.85	3.49	31	مدير	حجم الأداء
0.71	3.88	102	نائب مدير	
0.63	3.98	57	رئيس قسم	
0.63	3.66	7	رئيس شعبة	
0.69	3.76	70	موظف	
0.80	3.27	31	مدير	دقة الأداء
0.82	3.69	102	نائب مدير	
0.69	3.68	57	رئيس قسم	
1.10	3.38	7	رئيس شعبة	
0.84	3.44	70	موظف	
0.64	3.46	31	مدير	الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين
0.64	3.82	102	نائب مدير	
0.61	3.83	57	رئيس قسم	
0.78	3.54	7	رئيس شعبة	
0.63	3.68	70	موظف	

جدول 30.4: نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المهنة

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
عملية تشخيص المعرفة	بين المجموعات	1.504	4	0.376	1.237	0.295
	داخل المجموعات	79.606	262	0.304		
	المجموع	81.109	266			
عملية اكتساب المعرفة	بين المجموعات	3.991	4	0.998	2.069	0.085
	داخل المجموعات	126.356	262	0.482		
	المجموع	130.348	266			
عملية تخزين المعرفة	بين المجموعات	10.058	4	2.515	3.153	*0.015
	داخل المجموعات	208.947	262	0.798		
	المجموع	219.006	266			
عملية استخدام المعرفة	بين المجموعات	4.568	4	1.142	1.674	0.156
	داخل المجموعات	178.683	262	0.682		
	المجموع	183.250	266			
عملية توليد المعرفة	بين المجموعات	8.472	4	2.118	2.244	0.065
	داخل المجموعات	247.266	262	0.944		
	المجموع	255.738	266			
عملية توزيع المعرفة	بين المجموعات	1.478	4	0.369	0.424	0.791
	داخل المجموعات	228.180	262	0.871		
	المجموع	229.657	266			
الدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	بين المجموعات	2.686	4	0.671	1.397	0.235
	داخل المجموعات	125.965	262	0.481		
	المجموع	128.650	266			
سرعة الأداء	بين المجموعات	2.980	4	0.745	1.543	0.190
	داخل المجموعات	126.528	262	0.483		
	المجموع	129.508	266			

المجال	مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط الانحراف	"ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
جودة الأداء	بين المجموعات	2.993	4	0.748	1.648	0.163
	داخل المجموعات	118.924	262	0.454		
	المجموع	121.917	266			
حجم الأداء	بين المجموعات	5.484	4	1.371	2.765	*0.028
	داخل المجموعات	129.917	262	0.496		
	المجموع	135.401	266			
دقة الأداء	بين المجموعات	6.348	4	1.587	2.450	*0.047
	داخل المجموعات	169.687	262	0.648		
	المجموع	176.035	266			
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	بين المجموعات	4.032	4	1.008	2.511	*0.042
	داخل المجموعات	105.179	262	0.401		
	المجموع	109.210	266			

*دال إحصائيا عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

يتضح من الجدول (4:30) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المهنة، في مجالات عملية تشخيص المعرفة، وعملية اكتساب المعرفة، وعملية استخدام المعرفة، وعملية توليد المعرفة، وعملية توزيع المعرفة، والدرجة الكلية لإدارة المعرفة، وسرعة الأداء، وجودة الأداء، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية، تعزى لمتغير المهنة، في مجالات عملية تخزين المعرفة، وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، حيث كانت قيم الدلالة الإحصائية أصغر من 0.05، ولتعرف مصدر الفروق، فقد استخدمت الباحثة اختبار شيفيه للمقارنة البعدية Scheffe Post Hoc Test، والجدول (4 : 31) يبين نتائج المقارنة

جدول 31.4: نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات عملية تخزين المعرفة، وجودة الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير المهنة

المجال	المهنة	المتوسط	مدير	نائب مدير	رئيس قسم	رئيس شعبة	موظف
عملية تخزين المعرفة	مدير	2.85		*0.531-	0.279-	0.056-	0.159-
	نائب مدير	3.39			0.252	0.475	0.372
	رئيس قسم	3.13				0.223	0.119
	رئيس شعبة	2.91					0.104-
	موظف	3.01					
جودة الأداء	مدير	3.49		0.386-	*0.485-	0.167-	0.273-
	نائب مدير	3.88			0.099-	0.219	0.114
	رئيس قسم	3.98				0.318	0.213
	رئيس شعبة	3.66					0.105-
	موظف	3.76					
دقة الأداء	مدير	3.27		*0.417-	0.401-	0.107-	0.162-
	نائب مدير	3.69			0.016	0.310	0.255
	رئيس قسم	3.68				0.294	0.240
	رئيس شعبة	3.38					0.055-
	موظف	3.44					
الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين	مدير	3.46		*0.360-	*0.370-	0.080-	0.244-
	نائب مدير	3.82			0.010-	0.280	0.136
	رئيس قسم	3.83				0.290	0.145
	رئيس شعبة	3.54					0.144-
	موظف	3.68					

*دال إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يشير الجدول (4 : 31) إلى:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث عملية تخزين المعرفة، تعزى لمتغير المهنة، بين المدير ونائب المدير، ولصالح نائب المدير.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث جودة الأداء، تعزى لمتغير المهنة، بين المدير ورئيس القسم، ولصالح رئيس القسم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث دقة الأداء، تعزى لمتغير المهنة، بين المدير ونائب المدير، ولصالح نائب المدير.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، تعزى لمتغير المهنة، بين المدير ونائب المدير، ولصالح نائب المدير.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث الدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، تعزى لمتغير المهنة، بين المدير ورئيس القسم، ولصالح رئيس القسم.

وتعزو الباحثة ذلك إلى عدم وجود فروق بين الموظفين على اختلاف مهنتهم (مدير، نائب مدير، رئيس قسم، رئيس شعبة، موظف) لديهم القدرة على فهم عمليات إدارة المعرفة كل حسب طبيعة عمله والمهام المطلوبة منه، مما ينعكس على تطوير أدائهم.

بينما توجد فروق بين الموظفين في متغير المهنة بمجال خزن المعرفة وجودة الأداء ودقة الأداء والدرجة الكلية لتطوير الأداء، وكانت إما لصالح نائب المدير أو رئيس القسم وقد يعود ذلك إلى أنّ من مهام رئيس القسم أو نائب المدير هي عملية التوثيق والمتابعة أكثر من المدير أو الموظف.

أما دقة وجودة الأداء فالاختلاف يعود إلى أنّ من الطبيعي أن تكون الدقة والجودة في الأداء بين موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي مختلفة لطبيعة المهنة التي يشغلها الموظف.

1.5.4 النتائج المتعلقة بالسؤال المفتوح

- ما هي مقترحاتك لتطوير الأداء من منظور إدارة المعرفة؟
- استجاب (53) مبحوثاً على السؤال المفتوح، وكانت استجاباتهم كما يأتي :
- تنظيم العمل على برمجيات الحاسوب في جميع الأقسام.

- الوقوف على آخر المستجدات والمعارف في مجالات العمل بالقطاع الصحي المختلف وزيادة الدورات والتدريبات للكوادر الصحية لتطوير آلية رفع الأداء للكوادر الطبية المختلفة في جميع المجالات. وعمل محاضرات تثقيفية للموظفين.
- وضع الشخص المناسب في المكان المناسب.
- أن تكون مصلحة الموظف هي الأولوية بالنسبة للإدارة لعمل دورات وندوات وتوفير مواد تعليمية وتكنولوجية حديثة لتطوير أداء الموظف.
- إذا كان الوضع الاقتصادي للموظف ممتازاً فإن أداءه سوف يعكس وضعه الاقتصادي.
- تطوير الذات والتعامل بشكل أفضل مع النقد البناء.
- دعم من قبل الحكومة للقطاع الخاص ولو بجزء بسيط.
- التطوير الإداري والفني ويكون ذلك ببرامج التعليم المستمر والدورات التدريبية والامتحانات الدورية للعاملين كل حسب اختصاصه.
- وجود الحوافز للعاملين، وتحفيز الموظفين ذوي المعرفة العالية.
- وجود علاقة جيدة بين العاملين، والانتماء الحقيقي للمؤسسة التي تعمل بها.
- توفير رقابة على أداء العمل.

*توظيف مؤهلين وأصحاب قدرات ومهارات عملية وعلمية ومهنية، وهذا يعطي العمل دفعة قوية بعيداً ومصداقية عن التحيز والتقصير في العمل.

- عمل برنامج لإكمال الدراسة من دبلوم إلى بكالوريوس أو أعلى (أدراج التعليم المستمر)
- استيعاب القدرات والمؤهلات ذات الخبرة.
- استخدام البرمجيات الحديثة من أجل تطوير العمل والاستعانة بالتكنولوجيا الحديثة من أجل تحديث المعلومات والمعرفة كالإنترنت، وغيرها
- توفير إدارة جيدة ذات كفاءة مناسبة وأمانة عملية وعلمية وأخلاقية كاملة.
- تطوير الندوات العلمية والبحث العلمي والمحاضرات التي تتناسب مع نوعية العمل وعقد دورات تدريبية لزيادة مهارات العاملين وإشراك الجميع فيها.
- التعاقد مع أساتذة في البرمجيات والمحاسبة لتحسين أداء العاملين في مجال العمل وذلك بعمل دورات تقوية يدفع الموظف فيها مبلغ رمزي.
- اعتماد القدرات اليافة في القطاع الخاص والأهلي وتحفيز دور الشباب في المجتمع، والاستثمار في قدراتهم المعرفية واستدراك مهاراتهم التكنولوجية، من حيث عقد الدورات التدريبية العلمية

والمهنية والتكنولوجية وتحفيز الشباب على إجراء الأبحاث العلمية والمهنية التي تفيد المجتمع ومؤسساته وكذلك إعطاء الفرصة الحقيقية للشباب.

- عقد اجتماع شهري من قبل الإدارة لتبادل الأفكار وسماع الشكاوى والاقتراحات.
- تحسين نفسية الموظف من حيث التعامل اليومي والامتيازات والحوافز.
- زيادة رواتب الموظفين بشكل يتناسب مع المصاريف اليومية لديهم وتوفير دورات لزيادة الخبرة لديهم لإعطاء نتيجة صالحة.
- المتابعة المستمرة لجميع الموظفين وتوليد تواصل في العمل مما يؤدي إلى زيادة إنتاجية العامل.
- التعاون بين مختلف الإدارات الداخلية، وتطبيق اللامركزية الإدارية مع التأكيد على موضوع الدورات وعدالة الجميع.
- التركيز على تدريب العاملين كافة على استخدام التكنولوجيا في وسائل الاتصال من أجل التطوير
- اتباع طريقة التكامل المعرفي وتبادل الخبرات والقدرات.
- توفير الدورات التدريبية والتطلع للأنظمة المتطورة سواء في الدول الخارجية أم كنظام متبع في المؤسسات التنافسية من حيث استخدام التكنولوجيا أو كترتيب العمل. وتوفير وسائل حديثة لزيادة المعرفة.
- البحث عن عقول بشرية ناجحة ومبدعة وإعطاء المحفزات لزيادة الإنتاجية.
- يجب أن يكون هناك سياسة للتدقيق المستمر على كل أعمال الأقسام للتأكد من مدى صحة إدخال المعلومات وإخراجها.
- الاهتمام بتنشيط معلومات وقدرات الموظف لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي؛ لأنه يفتقر بشدة لهذه الآلية المعدومة في القطاع الصحي الخاص.
- توفير المواصلات للموظفين الذين يعملون في القطاع الخاص في الفترة المسائية؛ لأنها تشكل عائقًا كبيرًا في تطوير العمل وصعوبة الوصول إلى المراكز الموظفين وبخاصة الفترات المسائية.
- تبديل الموظفين من قسم إلى آخر حسب بروتوكول المؤسسة.
- اعتماد برنامج Orientation program.
- تبادل الخبرات بين المؤسسات الوطنية والخارجية والإفادة من بروتوكولات الآخرين في تطبيق ذلك.

وتفسر الباحثة تلك الاستجابات إلى حاجة العاملين إلى الدورات التدريبية، وبشكل مستمر حتى يساعد على تطوير أدائهم، وحاجتهم إلى مواكبة كل ما هو جديد في مجال العمل في القطاع الصحي الخاص والأهلي من أجل رفع الأداء للكوادر الطبية في مختلف المجالات، خاصة في ظل عدم توافر

قسم خاص وبشكل رسمي في الهيكلية التنظيمية لإدارة المعرفة، وعدم توفر وسائل لحفظ المعرفة واستدعائها مرة أخرى بسهولة مما يؤدي إلى ضياعها وعدم توثيقها بالشكل الصحيح. وتعتقد الباحثة أنّ هناك صعوبة في إقناع الإدارة العليا في بعض المؤسسات الصحية وتفهمها للأهمية الكبرى لإدارة المعرفة داخل القطاع الصحي الخاص والاهلي.

ويُلاحظ هجرة الأفراد وخاصة ممن يحملون المعرفة الضمنية؛ بسبب عدم توافر حوافز وتشجيع من الإدارة على بقائهم والمحافظة عليهم كرأس مال بشري، كما يلعب عدم توافر وقت كافٍ لتبادل المعرفة وتبادل الخبرات بين موظفي القطاع الصحي الخاص والاهلي ؛ مما قد يؤثر على أدائهم الوظيفي، وإضافة لذلك فإنّ العائق المادي المتمثل في عدم رضا العاملين على أوضاعهم المادية ورواتبهم المتدنية يلقي بظلاله على أداء العاملين.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

1.5 مقدمة

تتاول هذا الفصل الاستنتاجات التي توصلت إليها الباحثة بعد عرض النتائج ومناقشتها، كما تقدم الباحثة عددا من التوصيات في ضوء الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة.

2.5 الاستنتاجات

- 1- إن القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية يستخدم عمليات إدارة المعرفة، حيث تبين أن عملية تشخيص المعرفة هي الأكثر استخداما ثم يليها عملية اكتساب المعرفة ثم تخزين المعرفة ثم استخدام المعرفة، ثم توليد المعرفة وأقلها توزيع المعرفة.
- 2- فيما يتعلق بعملية تشخيص المعرفة إن القطاع الصحي الخاص والأهلي يقيم المعلومات المتوفرة لديه باستمرار.
- 3- فيما يتعلق بعملية اكتساب المعرفة إن الموظفين في القطاع الصحي الخاص والأهلي يسعون إلى اكتساب المعرفة من خلال اعتمادهم على أنفسهم.
- 4- فيما يتعلق بعملية توليد المعرفة إن الموظفين في القطاع الصحي الخاص والأهلي يعملون على زيادة المعرفة والخبرة الموجودة لديهم بدرجة متوسطة.
- 5- بالنسبة لعملية خزن المعرفة إن الموظفين في القطاع الصحي الخاص والأهلي يعملون على توثيق المعرفة التي يحصلون عليها بدرجة مرتفعة.

- 6- أما عملية توزيع المعرفة فإن الموظفين يرغبون في تبادل المعرفة بدرجة متوسطة.
- 7- يعمل القطاعان الخاص والأهلي على تطوير عملياتهما وإجراءاتهما التنظيمية باستخدام المعرفة.
- 8- إن نسبة الإناث كانت (50.9) من أفراد العينة ويعود ذلك إلى أن فئة التمريض كانت أكثر من الإناث في القطاعين الخاص والأهلي.
- 9- يعمل القطاعان الخاص والأهلي على تطوير أداء العاملين وسرعته وحجمه وجودته ودقته.
- 10- إن موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي يقومون بإنجاز المهام المطلوبة منهم بسرعة ودرجة مرتفعة جداً، يليها العلاقة بين العاملين والوقت المحدد لإنجاز الأعمال والهيكلية الخاصة بالقطاع الصحي تساعد في سرعة الأداء وبدرجة مرتفعة.
- 11- يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على تطوير أداء العاملين في مجال جودة الأداء بدرجة مرتفعة من خلال التزامهم بالموصفات المهنية، وحسب التعليمات من أجل تحسين الاداء، والاعتماد بالمقترحات لتحسين الاداء.
- 12- يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على تطوير أداء العاملين في مجال حجم الأداء فإن الموظفين يقومون بانجاز الاعمال المطلوبة منهم في الوقت المحدد بدرجة مرتفعة.
- 13- يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على تطوير أداء العاملين في مجال دقة الأداء بدرجة مرتفعة حيث تنجز حسب المواصفات الموضوعه لها وإجراءات العمل تتسم بالمرونة وبأخطاء قليلة، في حين أن توافر معايير للأداء، وإجراءات العمل تتسم ببعدها عن الروتين وعقد دورات تدريبية للموظفين جاءت بدرجة متوسطة.
- 14- وجود تأثير لإدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي.
- 15- عدم وجود فروق في إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاعين الخاص والأهلي لمتغيرات الجنس والعمر ومتغير المؤهل العلمي
- 16- وجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص تعزى لمتغير المؤهل العلمي في مجالات عملية تخزين المعرفة وحجم الأداء، ودقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين، وكانت الفروق بين (دبلوم متوسط فما دون) ودكتوراه ودائماً لصالح الدبلوم المتوسط فما دون، ولصالح البكالوريوس.
- 16- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، تعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

17- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، تعزى لمتغير سنوات الخبرة في مجالات عملية تشخيص المعرفة، عملية اكتساب المعرفة وعملية تخزين المعرفة، عملية استخدام المعرفة وعملية توليد المعرفة، وتوزيع المعرفة، والدرجة الكلية لإدارة المعرفة وسرعة الأداء، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، تعزى لمتغير سنوات الخبرة، في مجالات جودة الأداء، وحجمه ودقته، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين حيث كانت الفروق بين (أقل من 6 سنوات) سنوات خبرة و(أكثر من 15) خبرة وكان دائماً لصالح أقل من 6 سنوات خبرة ولصالح أكثر من 15 سنة خبرة.

19- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي، تعزى لمتغير الدورات التدريبية، في مجالات عملية تشخيص المعرفة، عملية اكتساب المعرفة، وتخزينها، وتوليدها، وعملية توزيعها، والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة وسرعة الأداء، وجودته، وحجمه ودقته، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين.

20- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي تعزى لمتغير المهنة.

3.5 التوصيات

وفقاً للاستنتاجات التي تم التوصل إليها من الإطار النظري للدراسة وكذلك النتائج التي تم الحصول عليها من واقع التحليل الإحصائي للبيانات، تم الخروج بالتوصيات الآتية:

1- الاهتمام بشكل أكبر في إدارة المعرفة وخاصة من الإدارة العليا داخل القطاع الصحي الخاص والأهلي.

2- العمل على تخصيص قسم خاص بإدارة المعرفة ضمن الهيكلية التنظيمية للمؤسسة وبشكل رسمي مما يساعد على الاهتمام بشكل أكبر بعمليات إدارة المعرفة.

3- توافر وسائل لحفظ المعرفة واستدعائها بسهولة والعمل على تدريب الموظفين من أجل حفظ المعرفة وسهولة استدعائها مرة أخرى.

- 1- الاهتمام بشكل أكبر في عملية توليد المعرفة في القطاع الصحي الخاص من خلال تبادل الخبرات والتجارب بين الموظفين، واستخدام أساليب كالعصف الذهني.
- 2- الاهتمام بالعنصر البشري من خلال العمل على تحفيزه ودعمه من أجل توليد معارف جديدة والحفاظ عليه للتقليل من هجرة الموظفين وخاصة حاملي المعرفة الضمنية من خلال تخصيص جوائز مالية أو منح دراسية.
- 3- تعزيز ودعم البحوث العلمية وتوفير البنية التحتية لها والدعم المالي من أجل تشجيع الموظفين في القطاع الصحي الخاص على الإبداع والابتكار من أجل تطوير الأداء بالحصول على معارف جديدة.
- 4- إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تتناول إدارة المعرفة في القطاع الصحي فيما يتعلق بعمل نموذج لاستخدام إدارة المعرفة كمعيار لتطوير الأداء.
- 5- الاستفادة من تجارب البلدان التي استخدمت إدارة المعرفة في القطاعات الصحية وكيف أثرت على أداء موظفيها.

المصادر والمراجع

أولاً. مراجع اللغة العربية

1. أبو النصر، مدحت (2008): الإدارة بالمعرفة ومنظمات التعلم. الطبعة الأولى. الناشر المجموعة العربية للتدريب والنشر القاهرة - مصر
2. أبو حشيش، بسام (2011): الثقافة التنظيمية وعلاقتها بإدارة المعرفة في جامعة الأقصى بغزة من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس فيها. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد 25، العدد (1)، 2011
3. أبو فارة، يوسف (2008): ورقة مقدمة بعنوان (تحليل واقع تطوير رأس المال البشري في شركة الاتصالات الخلوية الفلسطينية) جوال المنظمة العربية للتنمية الإدارية وأعمال المؤتمرات - بحوث وأوراق عمل المؤتمر السنوي العام التاسع بعنوان "الإبداع والتجديد في الإدارة الرشيدة وتحديات الألفية الجديدة" المنعقد في القاهرة - جمهورية مصر العربية في نوفمبر 2008
4. الفضل، مؤيد (2009): العلاقة بين رأس المال الفكري وخلق القيمة دراسة ميدانية على الصناعة المصرفية في دول الخليج العربي. مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية - المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009
5. أوراق ملتقى الاستثمار (2007): الاستثمار في بنية المعلومات والمعرفة أوراق ملتقى الاستثمار في بنية المعلومات والمعرفة المنعقدة بالقاهرة في ديسمبر 2006. نشر (المنظمة العربية للتنمية الإدارية) أعمال المؤتمرات. القاهرة - جمهورية مصر العربية
6. البدو، أكرم (2003): المسؤولية المدنية للمستشفيات الخاصة الطبعة الأولى - دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان
7. بدير، جمال (2010): اتجاهات حديثة في إدارة المعرفة والمعلومات. الطبعة الأولى. دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع. الأردن - عمان

8. برويست، جلبرت وراوب، ستيفن وروهاردت، كاي (2001): إدارة المعرفة (بناء لبنات النجاح) سلسلة كراسات عروض، اجتهادات حديثة حول العلم والمستقبل الناشر المكتبة الأكاديمية. القاهرة - جمهورية مصر العربية.
9. البشابشة، سامر والحمد، السيد (2009): أثر إدارة المعرفة في زيادة فاعلية المديرين في الوزارات الأردنية: دراسة ميدانية. مجلة جامعة الملك بن عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، مجلد 23 العدد (2)، 2009
10. البغدادي، عادل والعبادي، هاشم (2010): التعليم التنظيمي والمنظمة المتعلمة وعلاقتها بالمفاهيم الإدارية المعاصرة.
11. السلوك التنظيمي - الذاكرة التنظيمية - إدارة المعرفة - إدارة المعلومات - الأداء التنظيمي. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان - الاردن
12. البكري، ثامر (2005) : إدارة المستشفيات الطبعة العربية. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. عمان - الاردن
13. البيلاوي، حسن وحسين، سلامة (2007): إدارة المعرفة في التعليم. دار الوفاء للنشر. الاسكندرية.
14. الجعبري، ربا (2010): واقع إدارة المعرفة في بلديات محافظة الخليل وبيت لحم وأثرها على الأداء من وجهة نظر إدارييها. رسالة ماجستير - جامعة الخليل - فلسطين
15. حجازي، هيثم (2005): إدارة المعرفة مدخل نظري. الطبعة الأولى. الأهلية للنشر والتوزيع - عمان - الأردن
16. حجازي، هيثم (2005): قياس أثر إدراك أبعاد إدارة المعرفة في توظيفها لدى المنظمات الأردنية: دراسة تحليلية مقارنة بين القطاعين العام والخاص باتجاه بناء نموذج لتوظيف إدارة المعرفة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان - الأردن.
17. حسن، راوية (2005): مدخل استراتيجي لتخطيط وتنمية الموارد البشرية. الدار الجامعية للنشر - مصر
18. حمود، خضير (2010): منظمة المعرفة. الطبعة الأولى. دار صفا للنشر والتوزيع.
19. خلف، فليح (2007): اقتصاد المعرفة. الطبعة الأولى. جدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع - عمان، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع - أريد.
20. دروزة، سوزان (2008): العلاقة بين متطلبات إدارة المعرفة وعملياتها و. ثرها على تمييز الأداء المؤسسي - دراسة تطبيقية في وزارة التعليم العالي الأردنية. رسالة ماجستير / جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا - عمان

21. ذياب، صلاح(2009) إدارة المستشفيات والمراكز الصحية. منظور شامل الطبعة الأولى. دار الفكر ناشرون وموزعون-المملكة الأردنية الهاشمية/عمان
22. زايد، عادل (2003) :الأداء التنظيمي المتميز :الطريق إلى المنظمة، منشورات المنظمة العلبة للتنمية الادارية_جمهورية مصر العربية.
23. الزيات، عطف (2010):الأداء الإداري في ضوء الاتجاهات الفكرية المعاصرة. الطبعة الأولى. دار الفاروق نابلس-فلسطين. بالتعاون مع وكالة أبو غوش للنشر والتوزيع-القدس - فلسطين.
24. الزيات،عطف(2007):تصور مقترح لتحسين الأداء الإداري بمدارس التعليم الثانوي الحكومي بفلسطين على ضوء اتجاهات الفكر الإداري المعاصر رسالة دكتوراة.المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، معهد البحوث والدراسات العربية، قسم البحوث والدراسات التربوية. القاهرة
25. الزيادات، محمد(2008):اتجاهات معاصرة في إدارة المعرفة.دار الصفا للنشر. عمان - الأردن.
26. السعودي،موسى (2006): أثر نظم المعلومات الإدارية المحوسبة على أداء العاملين في مؤسسة الضمان الاجتماعي دراسة ميدانية. دراسات :العلوم الادارية-المجلد33 العدد1،(2006) الناشر عمادة البحث العلمي /الجامعة الاردنية. عمان -الاردن.
27. السلمي،علي(2008) : إدارة الموارد البشرية (منظور استراتيجي) دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة
28. سالم، فؤاد الشيخ ورمضان، زياد والدهان، أميمة ومخامرة محسن(1992) المفاهيم الإدارية الحديثة. الطبعة الرابعة -طبعة مزيدة ومنقحة.مركز الكتب الأردني.
29. الشرفا،سلوى(2008): دور إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات في تحقيق المزايا التنافسية في المصارف العاملة في قطاع غزة. رسالة ماجستير -الجامعة الاسلامية -غزة -فلسطين
30. الصرايرة، خالد(2010): التماثل التنظيمي والأداء الوظيفي والشعور بالأمن في الجامعات الأردنية.الطبعة الأولى - دار كنوز المعرفة للنشر -عمان -2009
31. الطاهر،علاء(2010): إدارة المعلومات والمعرفة.دار الرابة للنشر والتوزيع.الاردن -عمان
32. الظاهر،نعيم(2009): إدارة المعرفة. الطبعة الأولى. عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع - إربد-الأردن وجدارا للكتاب العالمي للنشر والتوزيع الأردن -عمان.
33. عثمان، علان (2010) :اتجاهات مديري المدارس الحكومية الثانوية نحو تطبيق إدارة المعرفة في المحافظات الشمالية في فلسطين. رسالة ماجستير -جامعة النجاح الوطنية -فلسطين.

34. العذاري، عدنان والدعيمي، هدى (2010): الاقتصاد المعرفي وانعكاساته على التنمية البشرية نظرية وتحليل في دول عربية مختارة. الطبعة الاولى. دار جرير للنشر والتوزيع.
35. العزام، زياد (2007): دور شبكات نظم المعلومات ودعم الإدارة العليا في تحسين وتطوير الأداء في وزارة المالية في الأردن. دراسات : العلوم الإدارية، المجلد 34، العدد 2، (2007)
36. العقيل، محمد وعبد الحليم، احمد (2007) : اتجاهات موظفي وزارة الداخلية في محافظات الشمال نحو تقويم أداء الموظفين في نظام الخدمة المدنية الأردني :دراسة ميدانية دراسات :العلوم الإدارية -المجلد 34 العدد 1-2 (2007) الناشر عمادة البحث العلمي /الجامعة الاردنية. عمان -الأردن. دار الفاروق للنشر والتوزيع
37. عقيلي، عمر (2005) : إدارة الموارد البشرية المعاصرة بعد استراتيجي. الطبعة الأولى. دار وائل للنشر.
38. العلواني، حسن (2001): (إدارة المعرفة المفهوم والمداخل النظرية) ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي الثاني في الإدارة :القيادة الإبداعية في مواجهة التحديات المعاصرة للإدارة العربية المنعقدة في القاهرة في الفترة من 6-8 نوفمبر 2001، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، التابعة لجامعة الدول العربية.
39. العلي، عبد الستار وقنديلجي، عامر والعمرى، غسان (2006): المدخل الى إدارة المعرفة. دار الميسرة للنشر عمان -الأردن
40. عليان، محمد (2009) :دور عمليات إدارة المعرفة في فاعلية أنشطة المؤسسات الأهلية في القدس الشرقية. رسالة ماجستير _جامعة القدس _فلسطين
41. العمري، غسان (2004) :الاستخدام المشترك لتكنولوجيا المعلومات و إدارة المعرفة لتحقيق قيمة عالية لأعمال البنوك التجارية الأردنية. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان -الأردن
42. عودة، فراس (2010): واقع إدارة المعرفة في الجامعات الفلسطينية وسبل تدعيمها. رسالة ماجستير -الجامعة الاسلامية -غزة -فلسطين
43. الغالبي، طاهر وإدريس، وائل (2007) :دراسات في الاستراتيجية وبطاقة التقييم المتوازن. دار زهران للنشر والتوزيع.
44. الغامدي، نوال (2008): إدارة المعرفة كمدخل لتطوير الإدارة التعليمية للبنات بمحافظة جدة :دراسة على واقع استخدام إدارة المعرفة بمحافظة جدة قسم البنات. رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

45. الفارس، سليمان (2007) : دور إدارة المعرفة في رفع كفاءة أداء المنظمات (دراسة ميدانية على شركات الصناعات التحويلية الخاصة بدمشق) رسالة ماجستير _مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية _المجلد 26_ العدد الثاني 2010
46. قنديل، علاء وعامر سامح (2010) : التطور التنظيمي. الطبعة الأولى _دار الفكر ناشرون وموزعون.
47. الكبيسي، صلاح الدين (2005): إدارة المعرفة. الناشر المنظمة العربية للتنمية الإدارية- القاهرة
48. الكراسنة، عبد الفتاح والخليبي، سمية (2009): مكونات إدارة المعرفة :دراسة تحليلية في وزارة التربية والتعليم الأردنية. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 5 العدد 3
49. كشواي، باري (2006): إدارة الموارد البشرية -نسخة منقحة -الطبعة العربية الثانية.
50. لاسكل، دافيد (1989): قمة الأداء - كيف تجعل 1% من التغيير في القرار يصل بك إلى قمة الأداء. سلسلة إصدارات بميك. ترجمة أحمد عثمان. الإشراف العلمي والتعريب والمراجعة والتقديم (عبدالرحمن توفيق).
51. المؤتمر العربي الخامس (2006): الأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات، بلوغ التميز في إدارة المستشفيات. 4-7 ديسمبر (كانون اول) 2006، القاهرة -جمهورية مصر العربية
52. محاميد، ربا (2008): دور إدارة المعرفة في تحقيق ضمان جودة التعليم العالي دراسة تطبيقية في الجامعات الأردنية الخاصة. رسالة ماجستير _جامعة الشرق الاوسط للدراسات العليا - عمان.
53. المعاني، ايمن (2009): اتجاهات المديرين في مراكز الوزارات الأردنية لدور إدارة المعرفة في الأداء الوظيفي :دراسة ميدانية. المجلة الأردنية في إدارة الاعمال، المجلد 5 العدد 3
54. الملكاوي، ابراهيم (2009) : إدارة الأداء باستخدام بطاقة الأداء المتوازن. الطبعة الأولى. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان -الاردن.
55. الملكاوي، ابراهيم (2007): إدارة المعرفة الممارسات والمفاهيم. الطبعة الأولى. الوراق للنشر والتوزيع -عمان -الاردن.
56. نايف، أسعد (2007): العلاقة بين إدارة المعرفة والمقدرة الجوهرية وأثرها على الأداء الاستراتيجي. دراسة استطلاعية تحليلية مقارنة لعينة من شركات وزارة الصناعة في مدينة بغداد. رسالة دكتوراة فلسفة في إدارة الأعمال -الجامعة المستنصرية -بغداد.
57. النجار، فايز (2007): نظم المعلومات الإدارية. طبعة ثانية. دار الحامد للنشر والتوزيع عمان -الأردن.

58. نجم، نجم (2005): إدارة المعرفة المفاهيم والاستراتيجيات والعمليات. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان _الأردن.
59. نجم، نجم(2008): إدارة المعرفة المفاهيم والاستراتيجيات والعمليات. الطبعة الثانية. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان -الأردن.
60. النحاس، صفوت(2008) :ورقة مقدمة بعنوان تطوير أداء المنظمات الحكومية ومتطلبات تغير فلسفة الجهاز الاداري للدولة العام التاسع بعنوان "الإبداع والتجديد في الإدارة الرشيدة وتحديات الألفية الجديدة" المنعقد في القاهرة -جمهورية مصر العربية في نوفمبر 2008، المنظمة العربية للتنمية الإدارية وأعمال المؤتمرات -بحوث وأوراق عمل المؤتمر السنوي.
61. نصيرات، فريد والخطيب، صالح(2005) :التخطيط الاستراتيجي والأداء المؤسسي (دراسة تحليلية لقطاع صناعة الادوية الاردنية) دراسات :العلوم الادارية، المجلد32، العدد2 (2005)
62. نصيرات، فريد(2007) :الجودة الشاملة والأداء المؤسسي دراسة استطلاعية لأراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان /الأردن. دراسات :العلوم الادارية. المجلد 34، العدد2،(2007)
63. نور الدين، عصام(2010): إدارة المعرفة والتكنولوجيات الحديثة. دار أسامة للنشر. عمان -الأردن.
64. نيويورك-الأمم المتحدة(2004): منهجية إدارة المعرفة، مقارنة تجريبية في قطاعات مركزية في دول الاسكوا الأعضاء(الامم المتحدة -اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا -الاسكوا).
65. ياسين، سعد(2007): إدارة المعرفة : المفاهيم، النظم، التقنيات. الطبعة الأولى. دار المناهج للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.

- 4- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،(2009)الواقع الصحي في الأراضي الفلسطينية حتى بداية 2009 مركز المعلومات الفلسطيني - وفا . www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=3047 (25.12.2011)
- 5- (منتدى الاستثمار في الصحة والتنمية) مركز الإمارات للبحوث الإستراتيجية، 2009، القطاع الصحي أهم مرتكزات التنمية في الإمارات. www.alroya.com/node/9443 تاريخ دخول الموقع (2012-4-20)
- 6- وزارة الصحة،(2011) مركز المعلومات الصحية الفلسطيني.التقرير الصحي السنوي فلسطين 2010 نيسان - 2011 (www.moh.ps/attach/296.pdf) (15.12.2011)
- 7- وزارة الصحة، (2011) مركز المعلومات الصحية الفلسطيني _ التقرير الصحي السنوي _ فلسطين 2010، نيسان 2011 (. www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?=5120) (25.12.2011)
- 8- وزارة الصحة الفلسطينية، (2007) وزارة الصحة _وحدة التخطيط(الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة قـي فلسطين)خطة التنمية متوسطة الامد2007-2010 www.unfpa.ps/national20%strategic20%health20%plan%202008 (30.12.2012).

الملاحق

ملحق (1)

الاستبانة في صورتها الأولية



الأخوة والأخوات الكرام،

تحية طيبة وبعد.

تقوم الباحثة بدراسة عنوانها " تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة " وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في برنامج التنمية المستدامة تخصص بناء مؤسسات في جامعة القدس، يُرجى التكرم بالإجابة على فقراتها بدقة وصدق وموضوعية وذلك بوضع إشارة (x) في المكان المخصص، علماً بأن البيانات والمعلومات ستكون سرية للغاية وستستخدم لغايات البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم،،،

الباحثة

نايفة فهمي أبو الهوس

القسم الأول:

معلومات عامة :

يحتوي هذا القسم على المعلومات الشخصية الخاصة بك، من فضلك ضع الرقم المناسب في المربع المبين أدناه :

1- ذكر 2- أنثى.	<input type="checkbox"/>	الجنس	1-
1- أقل من 35 سنة 2- من 35-50 سنة 3- أكثر من 50 سنة	<input type="checkbox"/>	العمر	2-
1- دبلوم 2- بكالوريوس 3- ماجستير 4- دكتوراه	<input type="checkbox"/>	المؤهل العلمي	3-
1- مدير 2- نائب مدير 3- رئيس قسم 4- رئيس شعبة 5- الموظف	<input type="checkbox"/>	المسمى الوظيفي	4-
1- أقل من 6 سنوات. 2- من 6-10 سنوات 3- من 11-15 سنة 4- أكثر من 15 سنة.	<input type="checkbox"/>	سنوات الخبرة	5-
1- أقل من 3 2- (3-5) دورات 3- أكثر من 5 دورات	<input type="checkbox"/>	الدورات التدريبية	6-
1- طبيب 2- ممرض 3- فني أشعة، مختبرات 4- علاج طبيعي	<input type="checkbox"/>	المهنة	7-

القسم الثاني:

ضع إشارة (x) في المكان الذي يتفق ورأيك:

أ. إدارة المعرفة:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة منخفضة	درجة منخفضة جداً
المجال الأول: عملية تشخيص المعرفة						
1	يقوم القطاع الصحي الخاص بتقييم جدارة المعلومات المتوافرة لديه.					
2	يقوم القطاع الصحي الخاص بتحديد المعارف المطلوبة التي يحتاجها بشكل منتظم.					
3	يملك القطاع الصحي الخاص قائمة واضحة للمعارف التي يملكها، والنواقص التي يحتاجها.					
4	يستعين القطاع الصحي الخاص بالمستشارين والخبراء في تحديد المعارف اللازمة ل أداء مهامه.					
5	يملك القطاع الصحي الخاص برامج تحديث المعرفة والمهارات الذهنية للعاملين.					
6	يتم تحديد المعارف اللازمة حول الممارسات الجديدة في العمل الصحي.					
المجال الثاني: عملية اكتساب المعرفة						
7	يقوم العاملون باكتساب المعرفة التي يحتاجونها ل أداء عملهم بالاعتماد على أنفسهم ومن مصادرهم الخاصة.					
8	يستخدم القطاع الصحي الخاص الندوات والحوارات وجلسات العصف الذهني،					

					لتطوير معارف العاملين لديه.
				9	يسعى القطاع الصحي الخاص إلى الاحتفاظ بالعاملين أصحاب المعارف.
				10	يستخدم القطاع الصحي الخاص التلمذة كوسيلة لنقل المعارف.
				11	يستخدم القطاع الصحي الخاص برامج التدريب في اكتساب المعرفة.
				12	يستقطب القطاع الصحي الخاص خبراء ومستشارين للعمل والتطوير.
				13	يستفيد القطاع الصحي الخاص من المقترحات والشكاوى لاكتساب معارف مطلوبة لحلها.
المجال الثالث: عملية توليد المعرفة					
				14	يسعى القطاع الصحي الخاص لزيادة المعارف والخبرات لدى العاملين.
				15	يتيح القطاع الصحي الخاص المعرفة للجميع.
				16	يتم توليد المعرفة من قبل فرق مدارة ذاتياً.
				17	يستخدم القطاع الصحي الخاص أساليب مثل أسلوب العصف الذهني لتوليد المعرفة.
				18	يستخدم القطاع الصحي الخاص فرق العمل لتوليد معرفة جديدة.
				19	يتوفر دائرة متخصصة تُعنى بالمعارف الجديدة وعملية توليدها.
				20	يستثمر القطاع الصحي الخاص الخبرات والتجارب المتوافرة لدى العاملين ويحولها إلى معارف جديدة.
				21	ينمي القطاع الصحي الخاص المعلومات المتوافرة لديه باستمرار.

المجال الرابع: عملية تخزين المعرفة						
					يركز القطاع الصحي الخاص على توثيق المعرفة في الوثائق والنشرات والدوريات.	22
					يوفر القطاع الصحي الخاص للعاملين وسائل اتصال تساعدهم على الوصول للمعارف المخزونة لديه.	23
					يستخدم القطاع الصحي الخاص برمجيات وقواعد المعرفة من أجل توثيقها وتخزينها.	24
					يركز القطاع الصحي الخاص على توثيق المعرفة في عقول العاملين لديه.	25
					يتوفر لدى القطاع الخاص أنظمة استدعاء وإرجاع وتحديث للمعارف الأساسية والجديدة.	26
					يقوم القطاع الصحي الخاص بإجراء اجتماعات دورية لتبادل المعارف.	27
					يستخدم القطاع الصحي الخاص أدلة وتقارير وقواعد بيانات، يستفيد منها العاملون وقت الحاجة.	28
المجال الخامس: عملية توزيع المعرفة						
					يشجع القطاع الصحي الخاص العاملين على زيادة قدرات العاملين ومهاراتهم في توزيع المعرفة فيما بينهم.	29
					يتم تبادل الخبرات بين الأقسام والوحدات المختلفة للإفادة من المعارف المتوفرة.	30
					يوزع القطاع الصحي الخاص المعارف بين الوحدات والأقسام المختلفة من خلال تبادل التقارير والنشرات.	31
					يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص قنوات توزيع معرفية.	32

					33	يستخدم القطاع الصحي الخاص مجموعات الحوار في توزيع المعارف الصريحة.
					34	يتوافر لدى العاملين رغبة في تبادل المعرفة بينهم.
					35	يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص وسائل لتبادل المعرفة الضمنية.
المجال السادس: عملية استخدام المعرفة						
					36	يستخدم القطاع الصحي الخاص المعرفة في تطوير عمليات أدائه الداخلي.
					37	يُعدّل القطاع الصحي الخاص استمارة تقييم أداء العاملين لنتضمن معلوماتهم عن المعارف الجديدة.
					38	يتم استخدام المعارف الجديدة لتعديل التعليمات والإجراءات حال الحصول عليها.
					39	يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص وسائل تساعد في استخدام المعرفة الجديدة.
					40	يستعين القطاع الصحي بخبراء ومتخصصين في حال استخدام معارف جديدة.
					41	يتم إدخال خدمات وبرامج جديدة عند استخدام المعرفة.
					42	تُجرى بعض التعديلات والتحسينات على الإجراءات التنظيمية عند إدخال معارف جديدة.

ب. أداء العاملين :

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة منخفضة	درجة منخفضة جدا
المجال الأول : سرعة الأداء						
1	يتم إنجاز الواجبات المطلوبة مني في مواعيدها المحددة.					
2	تصميم الهيكل التنظيمي يعمل على الاستجابة بسرعة لإنجاز العمل.					
3	تُحدد الأوقات المناسبة للعمل وبما ينسجم مع سرعة إنجاز الأعمال.					
4	هناك الوقت الكافي للقيام بالأعمال المطلوبة.					
5	العلاقة بين العاملين والأطراف ذات العلاقة ميسرة.					
المجال الثاني : جودة الأداء						
6	يتم إنجاز الأعمال حسب مطابقتها للمواصفات المهنية.					
7	متطلبات الأداء متوافرة مما يزيد من فاعلية الأداء.					
8	يوجد متابعة للتأكد من جودة الخدمات المقدمة.					
9	يتم إنجاز الأعمال حسب التعليمات المعلنة.					
10	حجم الشكاوى حول أداء العاملين قليلة.					
المجال الثالث : حجم الأداء						
11	يتناسب حجم العمل الموكل مع قدرات ومهارات العاملين.					
12	يُنجز ما يطلب من العاملين من أعمال.					
13	يعمل القطاع الصحي الخاص على إدخال التكنولوجيا لزيادة حجم الأداء.					

					14	تُوزع الأعمال بعدالة بين العاملين.
					15	تتوافر آليات لدى القطاع الصحي الخاص للتعامل مع حجم العمل في حالة الضغط.
المجال الرابع : دقة الأداء						
					16	المعاملات المنجزة تتبع المواصفات الموضوعية لها في العمل.
					17	تتسم إجراءات العمل بالمرونة والبعد عن الروتين.
					18	يتميز أداء العاملين بحده الأدنى من الأخطاء.
					19	يعمل القطاع الصحي الخاص على عقد دورات تدريبية لزيادة مهارات العاملين.
					20	تتوافر معايير ل أداء وفق مهام العاملين.

ملحق (2)
بيان أسماء أعضاء التحكيم

الرقم	الاسم	الجامعة	القسم
1	د. عبد الفتاح الشملة	جامعة النجاح الوطنية	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية
2	أ.د باسم مكحول	جامعة بير زيت	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية
3	د. يوسف أبو فارة	جامعة القدس المفتوحة	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية
4	د. مجيد منصور	جامعة النجاح الوطنية	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية
5	د.سمير أبو زنيد	جامعة الخليل	كلية إدارة الاعمال
6	د. عبد الوهاب الصباغ	جامعة القدس	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية
7	د.عزمي الاطرش	جامعة القدس	كلية العلوم الإدارية والاقتصادية

ملحق (3)
الاستبانة في صورتها النهائية



الإخوة والأخوات الكرام،
تحية طيبة وبعد.

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان " نحو تطوير أداء موظفي القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة " وذلك للحصول على درجة الماجستير في برنامج التنمية المستدامة تخصص بناء مؤسسات وتنمية بشرية في جامعة القدس، يُرجى التكرم بالإجابة على فقراتها بدقة وصدق وموضوعية وذلك بوضع إشارة (x) في المكان المخصص، علماً بأن البيانات والمعلومات ستكون سرية للغاية وستستخدم لغايات البحث العلمي فقط.

شاكراً لكم حسن تعاونكم،،،

الباحثة

نايفة فهمي أبو الهوس

القسم الأول:

البيانات الأساسية:

يحتوي هذا القسم على المعلومات الشخصية الخاصة بك، من فضلك ضع الرقم المناسب في المربع المبين أدناه :

1- ذكر 2- أنثى.	<input type="checkbox"/>	الجنس	-1
1- أقل من 35 سنة 2- من 35-50 سنة 3- أكثر من 50 سنة	<input type="checkbox"/>	العمر	-2
1- دبلوم متوسط فما دون 2- بكالوريوس 3- ماجستير 4- دكتوراه	<input type="checkbox"/>	المؤهل العلمي	-3
1- مدير 2- نائب مدير 3- رئيس قسم 4- رئيس شعبة 5- موظف	<input type="checkbox"/>	المسمى الوظيفي	-4
1- اقل من 6 سنوات. 2- من 6-10 سنوات 3- من 11-15 سنة 4- أكثر من 15 سنة.	<input type="checkbox"/>	سنوات الخبرة	-5
1- أقل من 3 دورات 2- (3-5) دورات 3- أكثر من 5 دورات	<input type="checkbox"/>	الدورات التدريبية	-6
1- طبيب 2- ممرض 3- فني أشعة (مختبرات) 4- علاج طبيعي 5- أخرى (حدّد :... ..)	<input type="checkbox"/>	المهنة	-7

ضع إشارة (×) في المكان الذي يتفق ورأيك:

أ. إدارة المعرفة:

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جداً	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة منخفضة	درجة منخفضة جداً
المجال الأول: عملية تشخيص المعرفة						
1	أقيم المعلومات المتوافرة لدي.					
2	أحدد المعارف التي أحتاجها بشكل منتظم.					
3	أقدر على تحديد المعارف التي أملكها، والتي لا أملكها.					
4	أستشير خبراء في تحديد المعرفة اللازمة ل أداء مهامي.					
5	أستثمر برامج تحديث المعرفة، للحصول على معرفة جديدة.					
6	أحدد المعارف المطلوبة للممارسات الجديدة في العمل الصحي.					
المجال الثاني: عملية اكتساب المعرفة						
7	أكتسب المعرفة التي أحتاجها ل أداء عملي بالاعتماد على نفسي ومن مصادري الخاصة.					
8	أشارك في الندوات والحوارات لتطوير معارفي.					
9	أشارك في جلسات العصف الذهني لتطوير معارفي.					
10	يحتفظ القطاع الصحي الذي أعمل به بالعاملين أصحاب المعارف للإفادة منهم.					
11	أكتسب المعرفة في القطاع الصحي الذي أعمل به بالتعليم التبادلي ونقل الخبرات.					
12	يوفر القطاع الصحي الذي أعمل به لي					

					برامج التدريب التي تكسبني المعرفة.	
					يستقطب القطاع الصحي الذي أعمل به خبراء ومستشارين للعمل والتطوير.	13
					أستفيد من المقترحات والشكاوى في اكتساب معارف مطلوبة لحلها.	14
المجال الثالث: عملية توليد المعرفة						
					أسعى لزيادة المعارف والخبرات لدي.	15
					يتيح القطاع الصحي الذي أعمل به الوصول إلى المعرفة التي أحتاجها.	16
					يتم توليد المعرفة في مؤسستي من قبل فرق تعمل بشكل مستقل.	17
					يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي أساليب مثل العصف الذهني لتوليد المعرفة.	18
					يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي فرق العمل لتوليد معرفة جديدة.	19
					يتوافر في القطاع الصحي الذي أعمل به دائرة بحث وتطوير تُعنى بالمعارف الجديدة وعملية توليدها.	20
					يستثمر القطاع الصحي الخاص والأهلي الخبرات والتجارب المتوافرة لدى العاملين بتحويلها إلى معارف جديدة.	21
					ينمي القطاع الصحي الخاص والأهلي المعلومات المتوافرة لدي باستمرار.	22
المجال الرابع: عملية تخزين المعرفة						
					أوثق المعرفة التي أحصل عليها من مصادر مختلفة.	23
					يتوفر في القطاع الصحي الذي أعمل به وسائل اتصال تساعد العاملين في الوصول للمعارف (كمبيوتر، إنترنت، البريد الإلكتروني... الخ)	24
					أستخدم البرمجيات الحديثة من أجل توثيق	25

					المعرفة.
					26 أستعين ببرامج حاسوبية لحفظ المعرفة واستدعائها.
					27 ينظم القطاع الصحي الخاص والأهلي اجتماعات دورية لتبادل المعارف.
					28 يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي تقارير وقواعد بيانات.
المجال الخامس: عملية توزيع المعرفة					
					29 يشجع القطاع الصحي الخاص والأهلي العاملين على زيادة قدرات العاملين ومهاراتهم في توزيع المعرفة فيما بينهم.
					30 يتم تبادل الخبرات بين الأقسام المختلفة للافادة من المعارف المتوفرة.
					31 يوزع القطاع الصحي الخاص والأهلي المعارف بين الأقسام المختلفة من خلال تبادل التقارير.
					32 يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي قنوات توزيع معرفية.
					33 يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي مجموعات الحوار في توزيع المعارف الصريحة.
					34 يتوفر لدى العاملين رغبة في تبادل المعرفة بينهم.
					35 يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي وسائل لتبادل المعرفة الضمنية.
المجال السادس: عملية استخدام المعرفة					
					36 يستخدم القطاع الصحي الخاص والأهلي المعرفة في تطوير عمليات أدائه الداخلي.
					37 تتضمن استمارة تقييم أداء العاملين معلوماتهم عن المعارف الجديدة.
					39 تستخدم المعارف الجديدة لتعديل التعليمات

					والإجراءات.
					40 يتوافر لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي وسائل تساعد في استخدام المعرفة الجديدة.
					41 يستعين القطاع الصحي بخبراء ومتخصصين في حال استخدام معارف جديدة.
					42 يتم تبني خدمات جديدة عند استخدام المعرفة.
					43 يتم تبني برامج جديدة عند استخدام المعرفة.
					44 تُجرى بعض التحسينات على الإجراءات التنظيمية عند إدخال معارف جديدة.

ب. تطوير أداء العاملين :

الرقم	الفقرة	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
المجال الأول : سرعة الأداء						
45	أنجز الواجبات المطلوبة مني بأسرع مما هو محدد.					
46	هيكلية القطاع الصحي الذي أعمل به تساعدني على إنجاز الواجبات والمهام بسرعة.					
47	أحدد الأوقات المناسبة للعمل بما ينسجم مع سرعة إنجاز الأعمال.					
48	يتوافر وقت كافي للقيام بالأعمال المطلوبة مني.					
49	العلاقة بين العاملين والأطراف ذات العلاقة تساعد على سرعة الأداء.					
المجال الثاني : جودة الأداء						
50	يتم إنجاز الأعمال حسب مطابقتها للمواصفات المهنية.					
51	تتوافر المتطلبات المادية والفنية؛ لتحسين الأداء.					
52	يوجد متابعة للتأكد من جودة الخدمات المقدمة.					
53	يتم إنجاز الأعمال حسب التعليمات المعلنة.					

54	لا توجد مقترحات لتحسين أدائي.
55	لا توجد شكاوى حول أدائي.
المجال الثالث : حجم الأداء	
56	يتناسب حجم العمل الموكل لي مع قدراتي.
57	أنجز ما يطلب مني من أعمال.
58	يعمل القطاع الصحي الخاص والأهلي على إدخال التكنولوجيا لزيادة حجم الأداء.
59	تُوزع الأعمال بعدالة بين العاملين.
60	تتوافر آليات لدى القطاع الصحي الخاص والأهلي للتعامل مع حجم العمل في حالة الضغط.
المجال الرابع : دقة الأداء	
61	المعاملات المنجزة تتبع المواصفات الموضوعية لها في العمل.
62	تتسم إجراءات العمل بالمرونة.
63	تتسم إجراءات العمل بالبعد عن الروتين.
64	يتميز أداء العاملين بحده الأدنى من الأخطاء.
65	يعمل القطاع الصحي الخاص على عقد دورات تدريبية لزيادة مهارات العاملين.
66	تتوافر معايير لل أداء وفق مهام العاملين.

ما هي مقترحاتك لتطوير الأداء من منظور إدارة المعرفة؟

.....

.....

.....

مع وافر الشكر والتقدير

الباحثة

نايفة فهمي أبو الهوس

ملحق (4)

اسماء من تم إجراء المقابلات معهم

الرقم	الاسم	المسمى الوظيفي	مكان العمل
1	عبد المنعم لطفي سلطنة	رئيس قسم المختبرات	مستشفى الأمل/جنين
2	رندة عبود	رئيسة قسم التمريض	مستشفى نابلس التخصصي/نابلس
3	فراس ملحم	طبيب عام	المستشفى العربي التخصصي/نابلس
4	محمود علي صالح قلالوة	رئيس قسم المختبرات	مستشفى الرازي/جنين
5	مجدي نصاصرة	المدير الإداري	مستشفى نابلس التخصصي/نابلس

ملحق (5) تسهيل مهمة الباحثة



بسم الله الرحمن الرحيم
معهد التنمية المستدامة
Institute of Sustainable Development



2011/11/22

إلى من يهمة الأمر

الموضوع : تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،،

يشهد معهد الدراسات العليا في التنمية المستدامة - جامعة القدس أن الطالبة: (نايفة فهمي أبو الهوس)، ورقمها الجامعي: (20910128)، ملتحقة في معهد التنمية الريفية المستدامة - تخصص بناء مؤسسات وتنمية موارد بشرية، وتقوم حالياً بإعداد رسالة ماجستير بعنوان:

(نحو تطوير أداء موظفين القطاع الصحي الخاص في محافظات شمال الضفة الغربية من منظور إدارة المعرفة)

يرجى من حضرتكم التكرم وتقديم المساعدة الممكنة لها لتسهيل مهمتها، أعطيت لها هذه الشهادة بناءً على طلبها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،



Jerusalem – Abu Deis
Tel / Fax: 009722790345
P.O.Box: 51000, 20002

القدس- أبو ديس
تلفاكس 009722790345
ص.ب: 51000 أو 20002

الفهارس

فهرس الآيات القرآنية

الترتيب في القرآن الكريم				الموضوع
الصفحة	الجزء	رقم الآية	السورة	نص الآية
8	30	5-1	العلق	1. ﴿أقرأ باسم ربك الذي خلق * "1" خلق الإنسان من علق * "2" اقرأ وربك الأكرم * "3" الذي علم بالقلم * "4" علم الإنسان ما لم يعلم "5"﴾
10	2	146	البقرة	2. ﴿الذين آتيناهم الكتاب يعرفونه كما يعرفون أبناءهم وأن فريقاً منهم ليكتمون الحق وهم يعلمون﴾

فهرس الجداول

الصفحة	الموضوع	الرقم
24	وسائل التشارك في المعرفة بمؤسسات القطاع الصحي الخاص	1/2
69	وصف مجتمع الدراسة وفق متغيري مكان العمل والقطاع الصحي	1/3
70	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس	2/3
70	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير العمر	3/3
70	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير المؤهل العملي	4/3
71	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير المسمى الوظيفي	5/3
71	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير سنوات الخبرة	6/3
72	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير الدورات التدريبية	7/3
72	وصف عينة الدراسة تبعا لمتغير المهنة	8/3
73	توزيع فقرات اداة الدراسة على المجالات الرئيسية لإدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين	9/3
75	معاملات الثبات الداخلي بطريقة كرونباخ الفا على مجالات الاستبانة المختلفة وعلى الدرجة الكلية لكلا من إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين	10/3
79	معيار تقدير تقدير واقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي	1/4
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تشخيص المعرفة	2/4
82	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية اكتساب المعرفة	3/4
84	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توليد المعرفة	4/4

الرقم	الموضوع	الصفحة
5/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية تخزين المعرفة	86
6/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية توزيع المعرفة	88
7/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في مجال عملية استخدام المعرفة	90
8/4	ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية	92
9/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال سرعة الأداء	94
10/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال جودة الاداء.	96
11/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال حجم الاداء	97
12/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية في مجال دقة الاداء.	99
13/4	ترتيب المجالات والدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين في القطاع الصحي الخاص والأهلي في محافظات شمال الضفة الغربية	101
14/4	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير إدارة المعرفة على تطوير أداء العاملين	102
15/4	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الجنس	104
16/4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير العمر	105

الصفحة	الموضوع	الرقم
107	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير العمر .	17/4
109	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي	18/4
111	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المؤهل العلمي.	19/4
113	نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات عملية تخزين المعرفة وحجم الأداء ودقة الأداء والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير المؤهل العلمي	20/4
115	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المسمى الوظيفي	21/4
118	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المسمى الوظيفي	22/4
121	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير سنوات الخبرة	23/4
123	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير سنوات الخبرة	24/4
125	نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات حجم الاداء، وجودة الأداء، ودقة الاداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير سنوات الخبرة	25/4
128	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الدورات التدريبية.	26/4
129	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات الباحثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير الدورات التدريبية	27/4
الصفحة	الموضوع	الرقم
131	نتائج اختبار شيفيه للمقارنة البعدية بين متوسطات مجال عملية استخدام	28/4

	المعرفة وفق متغير الدورات التدريبية	
133	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لواقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المهنة	29/4
135	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق في متوسطات إجابات المبحوثين من حيث واقع إدارة المعرفة وتطوير أداء العاملين تعزى لمتغير المهنة	30/4
137	نتائج اختبار شيفية للمقارنة البعدية بين متوسطات مجالات عملية تخزين المعرفة، وجودة الاداء، دقة الأداء، والدرجة الكلية لتطوير أداء العاملين وفق متغير المهنة	31/4

فهرس الاشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
19	عمليات إدارة المعرفة في مؤسسات القطاع الصحي الخاص	1/2
29	المجالات الرئيسية لإدارة المعرفة	2/2

فهرس الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
154	الاستبانة في صورتها الأولىة	1
162	بيان أسماء أعضاء التحكيم	2
163	الاستبانة في صورتها النهائية	3
170	أسماء من تم إجراء المقابلات معهم	4
171	تسهيل مهمة الباحثة	5

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	الرقم
أ	الإقرار	
ب	الشكر والعرفان	
ج	مصطلحات الدراسة	
د	الملخص باللغة العربية	
و	الملخص باللغة الانجليزية	
1	الفصل الاول : مشكلة الدراسة وأهميتها	
1	مقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	2.1
3	مبررات الدراسة	3.1
4	أهمية الدراسة	4.1
4	أهداف الدراسة	5.1
5	أسئلة الدراسة	6.1
6	فرضيات الدراسة	7.1
7	حدود الدراسة	8.1
7	محددات الدراسة	9.1
8	الفصل الثاني الأدب النظري والدراسات السابقة	
8	المبحث الاول : إدارة المعرفة	1.2
8	ماهية المعرفة وإدارتها	2.2
9	المفهوم العام للمعرفة	1.2.2
10	مفهوم المعرفة	2.2.2
11	نشأة إدارة المعرفة وتطويرها	3.2.2

الصفحة	الموضوع	الرقم
12	مفهوم إدارة المعرفة	4.2.2
14	أهمية إدارة المعرفة	5.2.2
15	أهداف إدارة المعرفة	6.2.2
16	فوائد إدارة المعرفة	7.2.2
17	عناصر إدارة المعرفة	8.2.2
18	عمليات إدارة المعرفة	9.2.2
26	أبعاد إدارة المعرفة	10.2.2
26	مبادئ إدارة المعرفة	11.2.2
27	مبررات التحول إلى إدارة المعرفة	12.2.2
28	مجالات استخدام إدارة المعرفة	13.2.2
29	مراحل تطبيق إدارة المعرفة	14.2.2
30	متطلبات تطبيق إدارة المعرفة	15.2.2
31	العلاقة بين إدارة المعرفة والمعلومات	16.2.2
33	علاقة إدارة المعرفة براس المال الفكري	17.2.2
33	استراتيجيات إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية	18.2.2
35	التحديات التي تواجه إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية	19.2.2
36	مشكلات وإخفاقات إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية	20.2.2
37	قياس مدى فاعلية إدارة المعرفة في المؤسسات الصحية	21.2.2
39	المبحث الثاني: الإطار النظري المتعلق بالقطاع الصحي الخاص والاهلي	1.3
39	واقع القطاع الصحي	3.3
39	مفهوم القطاع الصحي	1.3.3
40	القطاع الصحي الفلسطيني	2.3.3
42	الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص والأهلي الفلسطيني	3.3.3
42	أهمية القطاع الصحي	4.3.3
44	إدارة المعرفة في القطاع الصحي الخاص	5.3.3
44	المبحث الثالث: الإطار النظري المتعلق بتطوير الأداء	1.4
44	مقدمة	4.4
45	مفهوم الأداء	1.4.4

الصفحة	الموضوع	الرقم
46	أهمية الأداء	2.4.4
47	مفهوم تطوير الاداء	3.4.4
47	مبادئ تطوير أداء العاملين	4.4.4
48	أهداف تحسين وتطوير الاداء	5.4.4
48	متطلبات تطوير الاداء	6.4.4
49	أبعاد الأداء المؤسسي	7.4.4
49	معايير الأداء	8.4.4
49	انواع الأداء في المنظمات	9.4.4
50	معايير ومقاييس تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي	10.4.4
51	تقييم الأداء	11.4.4
51	هدف تقييم الأداء	12.4.4
52	قياس الأداء المؤسسي	13.4.4
52	الدراسات السابقة	5.2
52	الدراسات العربية	1.5.2
65	الدراسات الأجنبية	2.5.2
67	التعقيب على الدراسات السابقة	3.5.2
68	الفصل الثالث: منهجية الدراسة وإجراءاتها	
68	منهج الدراسة	1.3
68	مجتمع الدراسة وعينتها	2.3
73	أداتا الدراسة	3.3
73	الاستبانة	1.3.3
74	صدق الاستبانة	2.3.3
74	ثبات الاستبانة	3.3.3
75	المقابلة	4.3.3
76	نموذج الدراسة	4.3
76	خطوات تطبيق الدراسة	5.3
77	المعالجات الإحصائية للدراسة	6.3
78	الفصل الرابع: مناقشة نتائج الدراسة	

الصفحة	الموضوع	الرقم
78	نتائج الدراسة ومناقشتها	1.4
78	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الأول ومناقشته	1.1.4
79	مجال عملية تشخيص المعرفة	1.1.1.4
81	مجال عملية اكتساب المعرفة	2.1.1.4
84	مجال عملية توليد المعرفة	3.1.1.4
86	مجال عملية تخزين المعرفة	4.1.1.4
88	مجال عملية توزيع المعرفة	5.1.1.4
89	مجال عملية استخدام المعرفة	6.1.1.4
91	المجالات والدرجة الكلية لواقع إدارة المعرفة	7.1.1.4
93	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثاني ومناقشته	2.1.4
94	مجال سرعة الأداء	1.2.1.4
95	مجال جودة الأداء	2.2.1.4
97	مجال حجم الأداء	3.2.1.4
98	مجال دقة الأداء	4.2.1.4
100	المجالات والدرجة الكلية لواقع تطوير أداء العاملين	5.2.1.4
102	النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الثالث ومناقشته	3.1.4
103	النتائج المتعلقة بنتائج فرضيات الدراسة ومناقشته	4.1.4
103	النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى	1.4.1.4
105	النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية	2.4.1.4
109	النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة	3.4.1.4
114	النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة	4.4.1.4
120	النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة	5.4.1.4
127	النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة	6.4.1.4
132	النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة	7.4.1.4
138	النتائج المتعلقة بالسؤال المفتوح	1.5.4
142	الفصل الخامس: الاستنتاجات والتوصيات	
142	مقدمة	1.5
142	الاستنتاجات	2.5

الصفحة	الموضوع	الرقم
144	التوصيات	3.5
146	المصادر و المراجع	
154	الملاحق	
172	الفهارس	
172	فهرس الآيات القرآنية	
173	فهرس الجداول	
177	فهرس الأشكال	
178	فهرس الملاحق	
179	فهرس المحتويات	